

ARTYKUŁ POGLĄDOWY

Monika Karlikowska-Skwarnik, Leszek Szenborn

Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Kiła w gabinecie lekarza rodzinnego

Syphilis in family physician's practice

Streszczenie

Kiła jest chorobą zakaźną stanowiącą obecnie narastający, ale wciąż ukryty problem. Dostępne dane statystyczne mogą być znacznie zaniżone ze względu na małą liczbę zleczanych badań przesiewowych w kierunku zakażenia krętkiem bladym (*Treponema pallidum*) oraz przeniesienie problemu do prywatnych praktyk dermatologiczno-wenerologicznych. Choroba najczęściej dotyka młodych dorosłych, z przewagą płci męskiej. Postępowanie lekarza pierwszego kontaktu obejmuje rozpoznanie objawów charakterystycznych dla poszczególnych okresów kiły, zlecenie badań przesiewowych, nadzór nad terapią i kontrolę po zakończonym leczeniu. W ramach konsultacji w POZ warto również zwrócić uwagę na obowiązkowe badania przesiewowe wykonywane u kobiet ciężarnych.

Słowa kluczowe

testy niekrętkowe, kiła, badania przesiewowe, podstawowa opieka zdrowotna

Abstract

Syphilis is an infectious disease which still remains a problem – hidden, but present. Available statistic data can be significantly lower than the true incidence of the infection due to a small number of screening tests performed and transfer of the issue to private practices. Syphilis usually affects young adults, predominantly males. The general practitioners' approach includes establishing the diagnosis basing on characteristic signs and symptoms of particular stages of syphilis; performing initial tests and control of the therapy course. This is also the point for pregnant women where initial screening towards syphilis are obligatory.

Key words

non treponemal tests, syphilis, screening tests, general practice

Wprowadzenie

Kiła to choroba zakaźna i można by się spodziewać, że w obecnych czasach nie stanowi problemu. W epoce higienicznych, czasami niemal sterylnych warunków życia, a także łatwej dostępności skutecznych środków antykoncepcyjnych powrót syfilisu (gr. *syphlos* – brudny) wydaje się wręcz nieprawdopodobny. Niemniej w ostatnich latach notuje się systematyczny wzrost liczby zachorowań na kiłę. Należy pamiętać, że jest to choroba częsta. Rocznie na całym świecie notuje się ok. 5,6 mln nowych zakażeń krętkiem bladym (*Treponema pallidum*) [1]. Według danych WHO w 2012 r. ponad 900 tys. kobiet ciężarnych uległo infekcji krętkiem, co skutkowało ok. 350 tys. powikłań okresu okołoporodowego, z urodzeniami martwych dzieci włącznie [2]. Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w 2015 r. w Polsce odnotowano 1338 tego typu zakażeń [3]. Jeżeli jednak przypatrzeć się przedstawionym danym, uwagę zwraca zdecydowanie większa liczba zgłoszonych zachorowań na kiłę w województwie mazowieckim (396 chorych, zapadalność 7,41 na 100 000 mieszkańców) w porównaniu np. z województwem podkarpackim (25 zakażeń, zapadalność 1,18 na 100 000 mieszkańców). Na tej podstawie można wnioskować o niedostatecznej liczbie wykonywanych badań przesiewowych w kierunku kiły w praktyce lekarza POZ i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (poradnie dermatologii i wenerologii). Potwierdza to procentowy rozkład chorych z rozpoznaniem kiły hospitalizowanych w poszczególnych województwach – na Mazowszu jedynie 3,5% zgłoszonych nowych przypadków kiły, w województwie świętokrzyskim aż 50%. Ponadto w związku z rozpowszechnieniem prywatnej opieki zdrowotnej pacjenci często udają się po poradę do gabinetów lekarskich, na których nie ciąży obowiązek zgłaszania zachorowań do powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych. Część chorych w ogóle nie zgłasza się do lekarza, ponieważ pierwsze objawy kiły są niebolesne, a w dodatku ustępują bez leczenia. Z uwagi na utrudniony dostęp do lekarza pierwszego kontaktu, a także specyfikę problemu – w dalszym ciągu jest to temat wstydlivy – część chorych pozostaje bez rozpoznania i w konsekwencji bez leczenia. Biorąc pod uwagę powyższe fakty, można być niemalże pewnym, że problem kiły jest w Polsce znacznie niedoszacowany, również w grupie kobiet ciężarnych. Powszechnie wiadomo, jakie zagrożenia dla nienarodzonego dziecka niesie kiła wrodzona. Szczególnie istotne jest zatem prowadzenie badań przesiewowych w tej po-

pulacji w celu szybkiego wykrycia zakażenia i wdrożenia skutecznej terapii pozwalającej uniknąć powikłań choroby zarówno dla matki, jak i rozwijającego się płodu.

Profil pacjenta

Polskie dane jednoznacznie wskazują, że najczęściej na kiłę chorują osoby młode, najwięcej w wieku 20–39 lat (szczyt w wieku 25–29 lat), z przewagą mężczyzn [4]. Grupą wiekową, w której również występuje zakażenie krętkiem bladym, są aktywne seksualnie nastolatki. W dobie wczesnej inicjacji seksualnej i swobodnych obyczajów trzeba również takie rozpoznanie brać pod uwagę w przypadku osoby małoletniej z objawami mogącymi sugerować chorobę weneryczną. Należy pamiętać, że u kobiet zakażenie w pierwszej fazie jest trudniej rozpoznać ze względu na możliwe umiejscowienie niebolesnej zmiany pierwotnej w obrębie słuźówek dróg rodnych i niezauważenie jej obecności nawet przez samą chorą. Z tego powodu dane dotyczące kobiet mogą być niedoszacowane. Kolejnym argumentem przemawiającym za występowaniem kiły u młodych kobiet jest powolny, ale stale widoczny trend rosnący liczby zakażeń wrodzonych rozpoznawanych u noworodków, niemowląt i małych dzieci. W 2015 r. zgłoszono 12 takich przypadków w kraju, natomiast w 2016 r. – 16 [3].

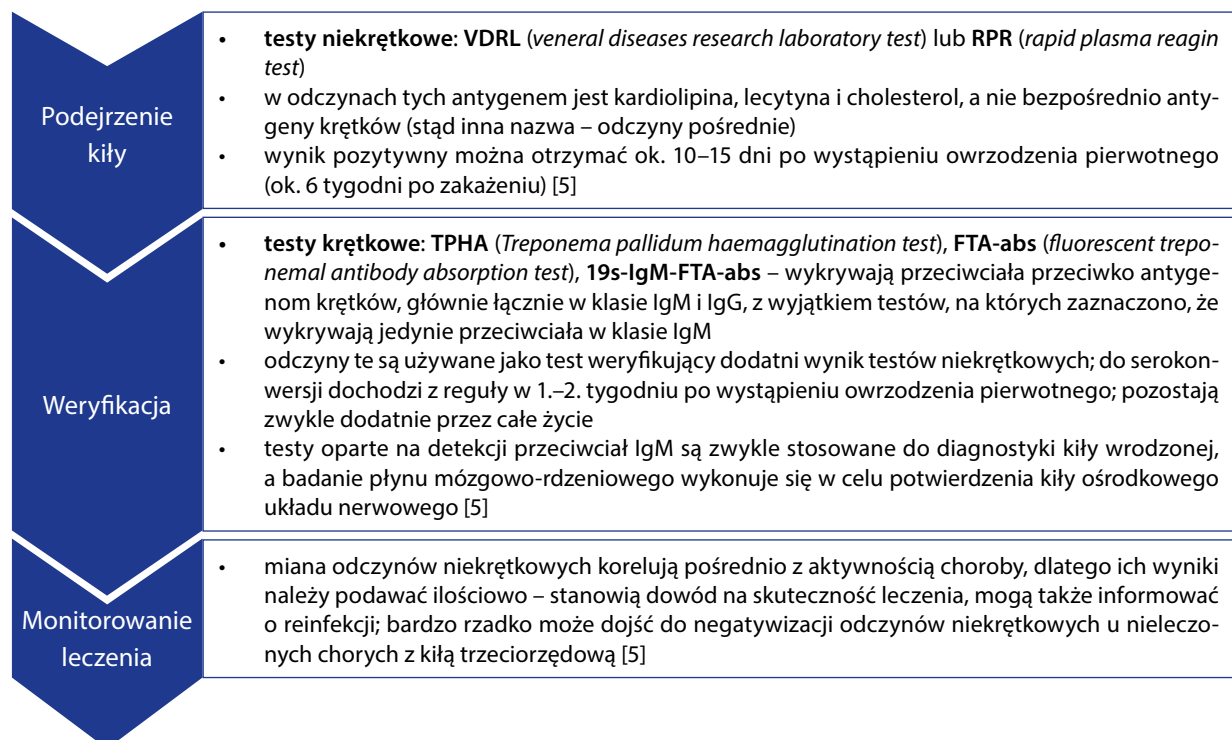
Obecnie wiedza medyczna dzieli chorych na kiłę nabytą na pacjentów w fazie wczesnej i późnej. Faza wczesna choroby to pierwszo- i drugorzędowa postać kiły oraz kiła utajona. Kryterium decydującym o kwalifikacji choroby do fazy wczesnej jest czas, jaki upłynął od zakażenia: według Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (*European Centre for Disease Prevention and Control* – ECDC) jest to rok, z kolei Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) uznaje granicę 2 lat [5]. Niektóre źródła stosują zamiennie pojęcia „kiła wczesna” i „kiła zakaźna”, gdyż rzeczywiście w tym okresie choroba najłatwiej ulega transmisji. Zakażenie pierwotne jest odzwierciedleniem lokalnej infekcji krętkami. Manifestuje się w postaci charakterystycznej wrzodziejącej zmiany (owrzodzenie pierwotne, wrzód twardy), która może wystąpić w zasadzie w dowolnym miejscu, mającym kontakt z materiałem zakaźnym. Najczęściej jednak zlokalizowana jest u kobiet na szyjce macicy lub wargach sromowych, u heteroseksualnych mężczyzn w obrębie prącia, u mężczyzn o orientacji homoseksualnej w obrębie odbytnicy lub jamy ustnej. Transmisja choroby drogą płciową następuje poprzez kontakt

ze zmianami zawierającymi żywe krętki, tj. owrzodzeniem pierwotnym, zmianami śluzówkowymi w kile drugorzędowej, a także kłykcinami płaskimi. Kontakt z wymienionymi wykwitami niesie ze sobą 30-procentowe ryzyko zakażenia krętkiem białym. Istotną informacją podczas zbierania wywiadu epidemiologicznego jest czas, który minął od stosunku seksualnego do wystąpienia objawów kiły pierwotnej. Może on wynosić od 10 do 90 dni. Kiła pierwszorzędowa jest zakażeniem miejscowym, któremu towarzyszy zwykle lokalna limfadenopatia, mogąca się utrzymywać przez dłuższy czas. Wykonywanie badań diagnostycznych w tym okresie ma swoje ograniczenia, dlatego warto powtórzyć je po upływie 1, 2 i 6 tygodni w celu potwierdzenia rozpoznania. Kiła drugorzędowa występuje u 1/3 nieleczonych chorych. Jej objawy rozwijają się ok. 2–3 miesiące od wystąpienia owrzodzenia pierwotnego i są skutkiem rozprzestrzeniania się infekcji i jej konsekwencji – bakteriemii. Pacjent może zgłaszać obecność osutki plamisto-grudkowej, mogącej obejmować także powierzchnię dłoni i stóp, wykazującej skłonności do łuszczenia, a rzadziej do tworzenia pęcherzy. Mogą jej towarzyszyć zmiany śluzówkowe (niemal 90% chorych z kiłą drugorzędową), a także mniej specyficzne: gorączka, uogólniona limfadenopatia, hepatosplenomegalia z zapaleniem wątroby, zapalenie stawów, okostnej, zapalenie kłębuszków nerkowych. Rzadsze są objawy kiły ośrodkowego układu nerwowego:

zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, porażenie nerwów czaszkowych, nieprawidłowości w funkcjonowaniu narządu wzroku lub słuchu [5]. Nieleczona infekcja przechodzi w fazę utajoną. W przypadku, gdy odczyny serologiczne u pacjenta bez objawów są dodatnie, a ustalenie momentu zakażenia jest niemożliwe, mówi się o kile o nieznanym czasie trwania. Kiła trzeciorzędowa rozwija się u 10% pacjentów nieleczonych i cechuje się obecnością zmian kilakowych w obrębie skóry, śluzówek i narządów wewnętrznych, zajęciem układu sercowo-naczyniowego (tętniaki aorty, wady zastawkowe) oraz zaawansowanymi zmianami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego (m.in. wiał rdzenia, porażenie postępujące, udar).

Postępowanie

Obecnie coraz mniejsze znaczenie mają badania mikroskopowe w ciemnym polu widzenia preparatów wykonanych z wydzielin z dna owrzodzenia lub zmian skórnych. Badania serologiczne w zasadzie całkowicie zastąpiły wcześniejsze metody diagnostyczne (ryc. 1). Testem podstawowym, stanowiącym powszechnie dostępne badanie przesiewowe, jest jeden z odczynów niekrętkowych – najczęściej VDRL. Jest to badanie finansowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Testy weryfikacji są już dostępne jedynie w specjalistycznych poradniach, dlatego pacjent z dodatnim wynikiem badania przesiewowego powinien zostać skierowany do



Rycina 1. Diagnostyka zakażenia krętkiem białym

Tabela 1. Antybiotyki stosowane w leczeniu kiły – na podstawie wytycznych CDC, IUSTI, PTG [5, 7–9]

Antybiotyk	Dawkowanie
penicylina benzatynowa (debecylina)	50 000 j./kg m.c./dawkę, maksymalnie 2,4 mln j./dawkę <i>i.m.</i> , 1 dawka co 7 dni
penicylina prokainowa	50 000 j./kg m.c./dawkę, maksymalnie 600 000 j./dawkę <i>i.m.</i> , 1 raz na dobę przez 10–14 dni
penicylina krystaliczna	100 000–150 000 j./kg m.c./dobę, maksymalnie 18–24 mln j./dobę <i>i.v.</i> , w dawkach podzielonych co 4 godz.
doksycyklina	200 mg dziennie <i>p.o.</i> w dwóch dawkach przez 14 dni (kiła wczesna), 21–28 dni (kiła późna)
tetracyklina	500 mg 4 razy dziennie <i>p.o.</i> przez 14 dni (kiła wczesna), 28 dni (kiła późna)
azytromycyna	2 g <i>p.o.</i> jednorazowo (kiła wczesna), 500 mg dziennie <i>p.o.</i> w 1 dawce przez 10 dni
erytromycyna	kiła późna: 2 g <i>p.o.</i> w czterech dawkach przez 28 dni
ceftriakson	250–500 mg <i>i.m.</i> w jednej dawce przez 10 dni

i.m. – podanie domięśniowe, *i.v.* – podanie dożylnie, *p.o.* – podanie doustne

poradni dermatologiczno-wenerologicznej w celu ustalenia rozpoznania i wdrożenia odpowiedniego leczenia. U pacjentów z objawami sugerującymi infekcję narządu wzroku lub ośrodkowego układu nerwowego niezbędna jest diagnostyka szpitalna. Złotym standardem w leczeniu każdej postaci kiły jest penicylina podawana pozajelitowo. Dotychczas nie stwierdzono niepowodzeń leczenia, ponadto nie opisuje się oporności krętków na penicylinę, w przeciwieństwie do np. antybiotyków makrolidowych. Dozwolona jest terapia przy użyciu doksycykliny, ceftriaksonu czy azytromycyny, ale należy pamiętać o ograniczonych dowodach na jej skuteczność. Dawkowanie wymienionych antybiotyków przedstawiono w tabeli 1. Elementem monitorowania leczenia i jego skuteczności jest okresowa kontrola mian testów niekrętkowych – ważne jest wykonywanie tych badań w tym samym laboratorium, najlepiej mającym doświadczenie w ich przeprowadzaniu. Kiła jest chorobą objętą ustawowym obowiązkiem zgłaszania do stosownych organów nadzoru epidemiologicznego (wojewódzkie lub powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne). Zgłoszeniu podlega nie tylko potwierdzone zachorowanie, lecz także jego podejrzenie. Zgodnie z ustawą z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi lekarz rozpoznający kiłę jest zobowiązany poinformować chorego o ciąży na nim obowiązku powiadomienia partnera lub partnerów seksualnych o zakażeniu i konieczności zgłoszenia się w celu wykonania badań diagnostycznych [6]. Dopełnienie powyższego obowiązku może zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta i opatrzone jego podpisem. Postępowanie z partnerem seksualnym osoby chorej na kiłę zależy od momentu zgłoszenia się do lekarza i stadium choroby. Na zakażenie kiłą

narażona jest osoba utrzymująca kontakty seksualne w okresie:

- 3 miesięcy plus okres objawowy – u partnera z kiłą pierwotną,
- 6 miesięcy plus okres objawowy – u partnera z kiłą drugorzędową,
- 1 roku – u partnera z kiłą wczesną utajoną [7].

Jeśli do ostatniego kontaktu seksualnego doszło w terminie do 90 dni od rozpoznania u jednego z partnerów kiły pierwotnej, wtórnej lub wczesnej utajonej, niezbędne jest wdrożenie terapii, nawet gdy wyniki badań serologicznych są ujemne. Jeśli natomiast od ostatniego kontaktu seksualnego minęło więcej niż 90 dni, leczenie należy wdrożyć dopiero po przeprowadzeniu badań diagnostycznych. Jednak w przypadku, gdy oczekiwanie na wyniki znacząco opóźnia rozpoczęcie terapii oraz gdy niepewne jest *compliance*, leczenie można wdrożyć niezwłocznie. Długotrwali partnerzy chorych na kiłę późną utajoną powinni być poddani ocenie klinicznej i diagnostyce serologicznej.

Badania przesiewowe w kierunku kiły to również bardzo istotny element profilaktyki, która powinna być realizowana pod opieką ginekologa-położnika prowadzącego ciążę lub lekarza pierwszego kontaktu. Badanie VDRL należy do badań obowiązkowo wykonywanych w pierwszym trymestrze ciąży i zwykle jest zlecane podczas pierwszej wizyty położniczej [8]. U kobiet z grup zwiększonego ryzyka populacyjnego lub indywidualnego badanie powinno być wykonane ponownie w trzecim trymestrze ciąży. Ze względu na często przeprowadzane konsultacje lekarza pierwszego kontaktu, wpisywane rutynowo do kart ciąży, możliwe jest wykorzystanie tych wizyt w gabinecie POZ w celu weryfikacji wyników badań przesiewowych. W zasadzie jedynym leczeniem kiły u ciężarnych, które powinno być stosowane,

jest penicylina. Pozostałych antybiotyków należy unikać – tetracykliny są przeciwwskazane z uwagi na działanie teratogenne, makrolidy z kolei nie mają zdolności przenikania przez łożysko, a ponadto kwestionuje się skuteczność ich działania u chorych na kiłę – należy traktować leczenie jako niezrealizowane prawidłowo i liczyć się z możliwością nawrotu choroby [9, 10].

Podsumowanie

Rola lekarza pierwszego kontaktu w diagnostyce chorób przenoszonych drogą płciową jest nieoceniona. Kiła – jako wciąż obecny problem – powinna pozostawać zawsze jednym z możliwych rozpoznań u chorych zgłaszających się do POZ. Leczenie kiły nie powinno nastroczać trudności – penicylina jest antybiotykiem dostępnym i tanim, a przede wszystkim skutecznym wobec krętków.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization: Sexually transmitted Infections (STIs): Fact Sheet; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/> (dostęp: 18.02.2017).
2. Newman L, Kamb M, Hawkes S i wsp. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med* 2013; 10: e1001396.
3. Kiła (A51-A53). Liczba zachorowań (w kwartałach i ogółem), zapadalność oraz liczba i procent hospitalizowanych wg województw. W: Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2015 roku. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii, Główny Inspektorat Sanitarny – Departament Zapobiegania oraz Zwalczenia Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi, Warszawa 2016.
4. Kiła (A51-A53). Liczba zachorowań wg wieku, płci i środowiska. W: Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2015 roku. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii, Główny Inspektorat Sanitarny – Departament Zapobiegania oraz Zwalczenia Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi, Warszawa 2016.
5. Janier M, Hegyi V, Dupin N i wsp. Europejskie zalecenia diagnostyczne i lecznicze dotyczące kiły 2014. *Przeegl Dermatol* 2015; 102: 459-475.
6. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2008 r. Nr 234 poz. 1570).
7. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. *MMWR* 2015; 64.
8. Komisja Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu; <http://www.femmed.com.pl/wp-content/uploads/2013/02/rekomendacjaopiekapredporodowa.pdf>.
9. Karlikowska-Skwarnik M, Szenborn L. Standardy diagnostyki zakażenia *Treponema pallidum*. *Standardy Medyczne Pediatria* 2015; 12: 112-116.
10. Katz KA, Klausner JD. Azithromycin resistance in *Treponema pallidum*. *Curr Opin Infect Dis* 2008; 21: 83-91.

Adres do korespondencji:

Monika Karlikowska-Skwarnik
Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
ul. T. Chałubińskiego 2-2a
50-368 Wrocław