

Współistnienie kiły drugorzędowej nawrotowej z ciężką wysiewną łuszczycą

Coexistence of secondary syphilis with psoriasis

Anetta Gwiazdowska, Urszula Brzezicka-Ciach, Anna Sobieszek-Kundro

Oddział Dermatologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu
Ordynator: dr n. med. Anna Sobieszek-Kundro

Przeł Dermatol 2010, 97, 395–397

SŁOWA KLUCZOWE:

łuszczycyca, kiła drugorzędowa nawrotowa.

KEY WORDS:

psoriasis, lues secundaria recidivans.

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Łuszczycyca jest przewlekłą zapalną chorobą skóry, w której obserwuje się okresy remisji i zaostrzeń wywołanych różnymi czynnikami, m.in. infekcjami. Kiła jest chorobą infekcyjną o bogatej symptomologii klinicznej, która może naśladować i utrudniać rozpoznanie wielu innych chorób skóry.

Cel pracy. Przedstawienie trudności w rozpoznaniu kiły wczesnej u pacjenta z łuszczycą.

Opis przypadku. U 22-letniego pacjenta chorującego na łuszczycę od wczesnego dzieciństwa wystąpił nagle, bez uchwytej przyczyny, wysiew zmian grudkowych, rozpoznawanych i leczonych bez poprawy jako zmiany łuszczycowe. Dokładny wywiad oraz wyniki badań serologicznych pozwoliły na rozpoznanie kiły drugorzędowej nawrotowej. Leczenie penicyliną prokainową w dawce 1,2 mln j./dzień spowodowało szybką poprawę zmian skórnych.

Wnioski. Opisany przypadek wskazuje na konieczność wykonywania badań serologicznych w kierunku kiły u pacjentów z przewlekłymi dermatozami, szczególnie w przypadkach o nietypowym obrazie klinicznym i opornych na leczenie.

ABSTRACT

Introduction. Psoriasis is an inflammatory skin disease of chronic course with remissions and exacerbations provoked by various exogenous factors comprising infections. Syphilis is an infectious disease which can mimic many chronic dermatoses and be a cause of diagnostic difficulties.

Objective. To present difficulties in the diagnosis of secondary syphilis in a patient with psoriasis.

Case report. A 22-year-old male patient with type I psoriasis manifested acute eruption of psoriasiform papules which were resistant to topical anti-psoriatic therapy. Detailed case history and results of serological investigations allowed a diagnosis of secondary syphilis to be made. Skin lesions went to remission during the treatment with procaine penicillin (1.2 ml/day).

Conclusions. Our case shows that in cases of chronic skin diseases, especially with atypical morphological presentation and resistant to treatment, serological tests for syphilis should be performed.

ADRES DO KORESPONDENCJI:

lek. med. Anetta Gwiazdowska
ul. Legionów 42/8
82-300 Elbląg
e-mail: anetta@interia.pl

WPROWADZENIE

Łuszczyca jest przewlekłą zapalną chorobą skóry, przebiegającą z okresami remisji i zaostrzeń pod wpływem licznych czynników środowiskowych. Heinrich Koebner, zaangażowany w badania nad etiopatogenezą łuszczycy, kojarzył występowanie tej dermatozy z kiłą i zwracał uwagę na czynnik zewnętrzny jako czynnik sprawczy [wg 1]. Obecnie czynniki wywołujące łuszczycę dzielimy na egzogenne i endogenne. Czynniki egzogenne możemy podzielić na: biologiczne (infekcje bakteryjne, wirusowe, grzybicze), fizyczne (oparzenia słoneczne, zabiegi chirurgiczne), chemiczne (alkohol, nikotyna, substancje toksyczne) [2], leki (beta-blokery, sole litu, pochodne kwasu salicylowego, nagłe odstawienie systemowych kortykosteroidów) [3].

Czynniki wewnątrzpochodne wywołujące lub zaostrzające chorobę to predyspozycja genetyczna, spadek odporności, stres [4], choroby współistniejące, m.in.: cukrzyca, choroby wątroby i nadciśnienie tętnicze [1].

Współistnienie łuszczycy i kiły może zarówno zaostrzać przebieg łuszczycy, jak i zmieniać przebieg kiły, a powszechnie stosowane antybiotyki wpływają na wysokość miana odczynów serologicznych.

Tabela I. Wyniki podstawowych badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonanych na oddziale dermatologii
Table I. Results of laboratory and microbiological investigations carried out in the dermatology ward

Badanie	Wynik
morfologia	bez odchyłeń
badanie ogólne moczu	bez odchyłeń
kreatynina	0,9 g/dl
ASPAT	22 IU/l
ALAT	14 IU/l
jonogram	w normie
posiew z nosa	<i>Haemophilus influenzae</i> (+) kolonizacja
posiew z gardła	<i>Haemophilus influenzae</i> (+) <i>Staphylococcus B</i> hemolizujący gr. C (++) kolonizacja

Tabela II. Wyniki badań serologicznych surowicy
Table II. Results of serological tests of the blood

Odczyn	Wynik
USR	dodatni (++)
VDRL	1/32 (+++)
FTA	1 : 1300
FTA-ABS	(+++)
TPHA	(+++)
przeciwciała przeciwko HIV-1, HIV-2	ujemne

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie trudności diagnostycznych związanych z rozpoznaniem kiły u chorego na łuszczycę i zwrócenie uwagi na konieczność wykonywania badań serologicznych w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową u pacjentów z przewlekłymi dermatozami.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent 22-letni, chorujący na łuszczycę od dzieciństwa, zgłosił się na oddział dermatologii z licznymi zmianami grudkowymi pokrytymi łuską, zlokalizowanymi na skórze głowy, szyi, tułowia i kończyn. Na dłoniach występowały zmiany plamisto-grudkowe. Błony śluzowe były wolne od zmian, a węzły chłonne nie były powiększone. Dotychczasowy przebieg łuszczycy był łagodny, z niewielką liczbą wykwitów zlokalizowanych na łokciach i kolanach. Zaostrzenie zmian chorobowych pacjent obserwował od 6 miesięcy. W wywiadzie podawał częste anginy i zapalenia gardła leczone antybiotykami z grupy penicylin. W przeprowadzonych podstawowych badaniach laboratoryjnych oraz w badaniach bakteriologicznych z błon śluzowych gardła i nosa nie stwierdzono istotnych klinicznie odchyłeń od normy (tab. I). Pobrano również krew w celu wykonania badania odczynu USR.

Do leczenia włączono miejscowe leki keratolityczne i redukujące, które nie spowodowały zdecydowanej poprawy klinicznej. Po otrzymaniu dodatniego wyniku testu USR rozszerzono diagnostykę serologiczną i ponownie zebrano wywiad od pacjenta. Pacjent podał, że nie ma stałej partnerki, a kontakty seksualne miały charakter przygodny. W styczniu 2008 roku, dwa tygodnie po stosunku płciowym zauważył owrzodzenie na żołądździ, które po około 2–3 tygodniach samoistnie się wygoiło. Pacjent potraktował je jako zmianę łuszczycową, gdyż w przebiegu łuszczycy obserwował okresowo zmiany grudkowe na pracy. Kilka dni później pojawiły się na klatce piersiowej, kończynach dolnych i górnych masywniejsze niż dotychczas zmiany skórne, które rozpoznawano jako zmiany łuszczycowe i leczono ambulatoryjnie bez poprawy miejscowymi preparatami kortykosteroidowymi. W poszerzonych badaniach serologicznych stwierdzono dodatni odczyn VDRL (miano 32), odczyn FTA o mianie 1/1300 oraz dodatni odczyn FTA-ABS, a także ujemne wyniki badań w kierunku zakażenia wirusem HIV (tab. II). Pacjent zgłaszał częste infekcje górnych dróg oddechowych leczone wieloma antybiotykami, co mogło być przyczyną niższych mian odczynów serologicznych. Rozpoznano kiłę drugorzędową nawrotową i włączono leczenie penicyliną prokainową w dawce 1,2 mln j. *i.m.* dziennie przez 30 dni. Obserwowano dobrą tolerancję stosowanej terapii. Po 10 dniach leczenia peni-

cyliną prokainową nastąpiła poprawa stanu miejscowego, w związku z powyższym chory został wypisany do domu z zaleceniem kontynuowania terapii w poradni dermatologicznej.

OMÓWIENIE

Łuszczyca jest przewlekłą zapalną chorobą skóry o złożonej etiopatogenezie występującą u 2–3% populacji na całym świecie. Charakteryzuje się występowaniem zmian rumieniowo-złuszczających, których typowym umiejscowieniem są łokcie, kolana, paznokcie oraz skóra owłosiona głowy [5]. Wykwity łuszczycowe rzadziej występują na narządach płciowych i w tej lokalizacji mają postać czerwonych, nacieczonych blaszek o jakby polakerowanej powierzchni z mniejszą tendencją do tworzenia łuski. Zmiany te wymagają różnicowania z liszajem płaskim, chorobą Bowena, drożdżycą, zapaleniem napletka Zoota.

Kiła jest chorobą infekcyjną o bogatej symptomatologii klinicznej. Cechuje się różnorodnością zmian skórnych i śluzówkowych. W przebiegu kiły wczesnej charakterystyczny jest objaw pierwotny w okolicy narządów moczowo-płciowych, który ustępuje samoistnie po 2–6 tygodniach. Obecnie coraz częściej spotyka się objawy pierwotne nietypowe, co utrudnia rozpoznanie [6]. Jedną z odmian osutek kiłowych są grudki łuszczycowate bardzo przypominające łuszczycę. W przypadku łuszczycy zlokalizowanej wyłącznie na narządach płciowych badania serologiczne mają ogromne znaczenie w diagnostyce różnicowej. W literaturze opisywano występowanie zmian w obrębie sromu jako jedyne umiejscowienie łuszczycy [7]. W przedstawionym przez nas przypadku zmianę, najprawdopodobniej o charakterze wykwitu pierwotnego, chory wiązał z łuszczycą, na którą chorował od wielu lat. Zakażenie krętkiem zmieniło przebieg i zaostriżyło łuszczycę oraz spowodowało brak reakcji na stosowane leczenie miejscowe. W wielu pracach [8, 9] przedstawiany jest problem nierozpoznawania kiły wczesnej wynikającej z nietypowej lokalizacji i morfologii zmian [8, 9]. Omawiany pacjent prezentował klasyczny obraz kliniczny kiły, a trudności diagnostyczne w jego przypadku wynikały ze współistnienia zmian łuszczycowych, które wykazują morfologicznie podobieństwo do wykwitów skórnych typowych dla kiły drugorzędowej. Dlatego też wydaje się istotne wykonywanie badań diagnostycznych w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową u chorych, u których

występują przewlekłe dermatozy, takie jak łuszczyca czy liszaj płaski, zwłaszcza gdy nie reagują one na ogólnie przyjęte leczenie.

W ostatnich latach zauważono zwiększoną liczbę zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową. W dużym stopniu związane jest to ze wzrastającą migracją ludności, ryzykownymi zachowaniami seksualnymi i wyraźnym spadkiem liczby profilaktycznych badań serologicznych, które powodują, że wiele przypadków kiły pozostaje niezdiagnozowanych i niezarejestrowanych [10, 11]. W przypadku łuszczycy zlokalizowanej wyłącznie na narządach płciowych należy pamiętać o różnorodnej symptomatologii zakażeń kiłowych i potrzebie wykonywania badań serologicznych, w szczególności u pacjentów, z mało charakterystycznym obrazem klinicznym [12, 13].

Piśmiennictwo

1. **Kuner N., Nartschuh W., Khan-Durani B.:** Heinrich Koebner und der isomorphe Reizeffekt. *Hautarzt* 2003, 54, 274-278.
2. **Higgins E.:** Alcohol, smoking and psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2000, 25, 107-110.
3. **Tsankov N., Angelora J., Kazadjiera R.:** Drug-induced psoriasis. Recognition and management. *Am J Clin Dermatol* 2000, 1, 159-165.
4. **Misery L.:** Skin immunity and nervous system. *Br J Dermatol* 1997, 137, 843-850.
5. **Braun-Falco O., Plewig G., Wolff H.H., Burgdorf W.H.C.:** *Dermatologia*. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2003, 557-580.
6. **Mroczkowski T. (red.):** Choroby przenoszone drogą płciową. Wydawnictwo Czelej. Lublin, 2006, 248-300.
7. **Rotszejn H., Zalewska A., Krawczyk T., Laskowski J.:** Zmiany w obrębie sromu jako jedyne umiejscowienie łuszczycy. *Dermatol Klin* 2005, 7, 83-84.
8. **Lautenschlager S.:** Cutaneous manifestation of syphilis. *Am J Clin Dermatol* 2006, 7, 291-304.
9. **Dourmishev L.A., Dourmishev A.:** Syphilis. *Clin Dermatol* 2005, 23, 555-564.
10. **Karlińska-Jachowska M., Chmielnicki P., Dziankowska-Bartkowiak B., Waszczykowska E., Torzecka J.D.:** Kiła – problem XXI wieku. *Post Dermatol Alergol* 2007, 24, 233-237.
11. **Rudnicka I., Majewski S.:** Choroby przenoszone drogą płciową w Polsce w 2005 roku. *Przeegl Dermatol* 2006, 93, 695-699.
12. **Doherty L., Fenton K.A., Jones J.:** Syphilis: old problem, new strategy. *BMJ* 2002, 325, 153-156.
13. **Weir E., Fishman D.:** Syphilis. *CMAJ* 2002, 167, 1267-1268.

Otrzymano: 11 XI 2010 r.

Zaakceptowano: 24 XI 2010 r.