

616.002.621/.622-036.8

KATAMNESTICKÝ ROZBOR RANÝCH STADIÍ SYFILIS

Mjr. MUDr. Zdeněk KALOŠ, plk. MUDr. Vladimír DBALÝ, CSc.

Kožní oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze

(náčelník: plk. MUDr. V. Dbalý, CSc.)

Vzhledem k tomu, že nejen v laické, ale i v lékařské veřejnosti přetrvává názor o zlikvidování pohlavních chorob (snad s výjimkou kapavky), [1], rozhodli jsme se katamnesticky prostudovat dokumentaci našich nemocných s rannými stadii syfilis od roku 1973 do roku 1981. Zároveň nás zajímalo, zda nynější případy jsou klinicky chudé, jak se v některých pracích popisuje [1], nebo zda můžeme vidět celou širokou škálu klinických příznaků raných stadií syfilis. Sledovali jsme také specifickou i nespecifickou sérologii, zástin, Jarisch-Herx-

haimerovu reakci, dále složení celé skupiny podle kategorií a podle zdroje, tj. zvláště homosexuály [4].

Incidence podle let při tak malých číslech není statisticky významná, i když je kolísání evidentní. Z tabulky je zřejmé, že nebyl žádný rok bez raných stadií syfilis. Z našich materiálů jsme ve sledovaném období zaznamenali na 34 onemocnění v I. nebo II. stadiu, za stejnou dobu 14 případů latentní syfilis, čili z celkového počtu 48 nemocných činí raná stadia asi 78 %.

Incidence Lu I a Lu II v období 1973–1981

	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	celkem
Lues I.	5	1	3	3	3	0	1	2	1	19
Lues II.	4	1	1	1	2	1	1	3	1	15
Časná stádia Lu celkem	9	2	4	4	5	1	2	5	2	34
Lu latens	1	1	3	5	1	0	0	2	1	14

Z celkového počtu 19 pacientů s Lu I mělo 8 nemocných ulcerózní typ primárního afektu, 6 erozivní projev, v jednom případě se primární afekt projevil indurací, ve dvou případech syfilitickou fimosou. 8 projevů bylo mnohočetných (4krát ulcerace, 4krát eroze). Ani v jednom případě jsme nezjistili extragenitálně uložený primární afekt.

U 17 pacientů z 19 sledovaných byla při vyšetření zjištěna inguinální lymfadenitida (3). Z celkového počtu bylo 5 pacientů séronegativních. Specifické treponemové testy byly negativní v 5 případech, u 6 pacientů v průběhu našeho sledování nebyly dělány. Tento poměrně vysoký počet lze odůvodnit tím, že specifická sérologie se v prvních letech našeho sledování neprováděla zcela běžně jako nyní (2), dále pak z důvodů ukončení vojenské služby, kdy byli pacienti předáni k dalšímu odbornému sledování do příslušných OÚNZ místa bydliště.

Z 19 sledovaných byl dělán zástin u 14 pacientů, až na jeden případ vždy s pozitivním výsledkem. U zbývajících 5 pacientů nebylo vyšetření v zástinu děláno z následujících důvodů: u dvou pro syfilitickou fimosu, u jednoho pro séropozitivitu a lokální zaléčení a u dvou pro bezpříznakový průběh. O posledních dvou se zmíníme podrobněji.

V prvním případě šlo o pacienta, kterému byl pro diagnózu balanoposthitis nasazen V-PNC, ke zlepšení však nedošlo, naopak se vyvinula fimosa zvonovitého tvaru. Jedním chirurgickým pracovištěm byla provedena v cloně Chloramphenicolu circumcise. Na vnitřním listě odstraněného praeputia zjištěn vředovitý útvar velikosti 15×10 mm s mírně exulcerovaným povrchem. Po obdržení výsledků klasických séroreakcí, které byly kompletně pozitivní, pacient přeložen na naše oddělení. Druhým zajímavým případem je pacient, přijatý 7. března 1980 na naše oddělení na podkladě venerologického hlášení jako suspektní zdroj syfilis pacienta, s kterým měl homosexuální styky v lednu a únoru 1980, naposledy údajně 25. února 1980. Pro opakovaně negativní BWR zrušena izolace, pacient však ponechán ve sledo-

vání na oddělení vzhledem k možné pozdější nákaze, eventuálně delší inkubační době. V polovině dubna došlo k pozvolné pozitivaci nespecifických sérreakcí. Vyšetření specifických treponemových testů dne 14. 3. 1980 ukázalo pozitivní FTA-ABS a TPHA, TPI test byl negativní; obdobné výsledky byly zjištěny i při vyšetření z 9. 4. a 15. 4. 1980. Vzhledem k výše uvedeným nálezům a s přihlédnutím k anamnéze byla stanovena diagnóza Lu I séropozitivita a zahájena léčba PNC. Po celou dobu sledování byl pacient bez klinických příznaků. Pacient zachycen buď v inkubační době, nebo se jednalo o dekapitovanou syfilis.

Z 15 sledovaných s Lu II bylo nejvíce pacientů s klinickými projevy condylomata lata (5), s roseolou (3), u dvou zjištěny oba projevy, 4 pacienti s diagnózou Lu II latens recens, v jednom případě byla diagnostikována luetická hepatitis spolu s palmoplantárními projevy syfilis. U tohoto případu bychom se chtěli krátce zastavit.

V polovině června 1978 se u pacienta náhle objevily bolesti v zádech, třesavka, slabost, nauzea, pozoroval tmavou moč a ikterus. Po vyloučení infekční žloutenky odeslán k dalšímu vyšetření na I. interní oddělení ÚVN v Praze. V rámci příjmového laboratorního vyšetření zjištěna pozitivita BWR, proto přeložen na naše oddělení. Na základě opakovaně kompletně pozitivního BWR a podezřelé venerické anamnézy zahájena terapie PNC, po které příznaky hepatitidy promptně ustoupily. Pozitivními specifickými treponemovými testy byla později diagnóza syfilitické hepatitidy potvrzena. Podotýkáme ještě, že jmenovaný byl dárce krve; poslední odběr byl půl roku před výše uvedenými příznaky.

Dříve tak typické příznaky, jako je syfilitický leukoderm, syfilitická alopecie a zvláště Lu II recidivans, jsme nepozorovali ani v jednom případě.

U všech 15 sledovaných pacientů byly nespecifické sérreakce pozitivní, specifické treponemové testy byly pozitivní u 10 pacientů, u 5 v době sledování nebyly dělány. Ze 7 případů s Lu condylomatóza byl v 6 případech zástin pozitivní, jeden pacient odeslán z kožního oddělení KÚNZ v Ústí nad Labem s pozitivním zástinem, u nás zástiny (odečítané na dvou pracovištích) byly z nejasných důvodů negativní.

Diskuse a závěr

1. Incidence syfilis není vysoká (1), každoročně se však objevují sporadické případy onemocnění. U nás to bylo zhruba 6 případů ročně, z toho 4–5 čerstvých onemocnění.

2. Většina onemocnění je zachycena pozdě. Z našich nemocných bylo jen 5 (14,7 %) Lu I séronegativa, ostatní pozitivní, z toho 15 nemocných (44 %) teprve ve druhém stadiu. Tato fakta, stejně jako případ circumcise luetic-

ké fimózy, svědčí o podcenění syfilisu lékaři nedermatology, stejně jako o slabé zdravotnické osvětě vojáků (4).

3. Klinická charakteristika u Lu I se projevila prakticky všemi obrazy kromě extragenitálních primárních afektů; v některých případech latentních Lu předcházelo léčení ATB pro angínu. Podstatně monomorfnější příznaky jsme sledovali u Lu II, viděli jsme pouze condylomata lata a roseolu. Jeden případ Lu hepatitidy s projevy palmoplantární syfilis však dokazuje nutnost znalosti všech forem onemocnění. Ve shodě s literaturou jsme neviděli žádný případ Lu II recidivans (1).

4. Diagnóza byla zástinem potvrzena v 19 případech, u ostatních pouze klinicky a sérologicky. Jarisch-Herxheimerova reakce byla pozitivní u 24 pacientů, z nich u 23 se projevila zvýšením teploty od subfebrilních až do 40,5 °C a v jednom případě objevením se roseoly. Nepočítáme-li 4 případy syfilis latens recens a nemocného s circumcisi pod clonou CHLMF (zda byla JH reakce, nevíme), pak mělo z 29 nemocných reakci 24 (tj. 82,7 %). Ze sledovaných bylo celkem pět homosexuálů, což je asi 14,7 %.

5. Část našich nemocných v různých klinických stádiích onemocnění byla zachycena jen díky pozitivním séroreakcím (BWR) v rámci preventivních vyšetření. Proto musíme i nadále trvat na provádění vyhledávacích reakcí (RRR ev. VDRL) u dárců krve, prvně hospitalizovaných v kalendářním roce, opakovaně v graviditě a u osob vykonávajících epidemiologicky závažnou činnost (například v potravinářství). Doplnovací test (TPHA) a ověřovací (FTA-ABS test) se provádí pouze u nemocných s pozitivními vyhledávacími séroreakcemi ane-

bo při důvodném klinickém podezření. TPI test je indikován jen pro vybrané případy s diskrepancí mezi anamnézou, klinickým a laboratorním nálezem.

6. Údajný zdroj je nutno sledovat dlouhodobě, od posledního udaného styku nejméně půl roku, zvláště pokud v inkubaci užíval pacient treponemocidní ATB, jak dokazuje případ našeho sledovaného nemocného.

Souhrn

Práce je zaměřena na klinickou symptomatologii raných stadií syfilis a použité diagnostické metody. Vyplývá z ní, že se syfilida u nás vyskytuje sporadicky, právě jen díky řadě preventivních opatření, která je nutno striktně dodržovat. Většina onemocnění je diagnostikována pozdě, protože na syfilis lékaři ostatních oborů nemyslí, a také proto, že není dostatečná zdravotnická osvěta.

Literatura

1. Danda, J. aj.: Aktuální problematika příjce u nás. Čs. Derm., 51, 1976, č. 4, s. 259–274.
2. Chmel, L. - Rehák, A. - Hegyi, E.: Laboratorné vyšetřovacie metódy v dermatológii a venerológii. Bratislava, SAV 1954. 298 s.
3. Kraus, Z. - Vortel, V. - Vaňásek, J.: Diagnostické omyly u luetické lymfadenitidy a význam histologického vyšetření uzliny pro správnou diagnózu. Čs. Derm., 49, 1974, č. 3, s. 201–205.
4. Novotný, F.: Několik poznámek k prevenci pohlavních nemocí. Čs. Derm., 45, 1970, č. 4, s. 160–63.

Klíčová slova: Lues I a II — incidence a diagnostika.