

Analiza przypadków kiły wśród chorych hospitalizowanych w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii we Wrocławiu w latach 2009–2016

Assessment of syphilis in patients hospitalized in the Department of Dermatology, Venereology and Allergology in Wrocław between 2009 and 2016

Dominika Wyglądacz¹, Amelia Głowaczewska², Kamila Jaworecka¹, Małgorzata Pięt¹, Adam Reich³

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

³Zakład i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Rzeszowskiego

STRESZCZENIE

Wstęp: Kiła to ogólnoustrojowa choroba zakaźna wywołana przez krętką bladego. Choroba ma przewlekły przebieg i bogatą symptomatologię, a zakażenie się nią jest możliwe drogą kontaktów seksualnych, przezłożyskową oraz przez zakażoną krew.

Cel pracy: Celem badania była charakterystyka kliniczna pacjentów hospitalizowanych z powodu kiły w Klinice Dermatologii we Wrocławiu.

Materiał i metody: Retrospektywną analizę oparto o dokumentację medyczną pacjentów leczonych w latach 2009–2016 z powodu kiły w Klinice Dermatologii we Wrocławiu. Do badania włączono 69 chorych — 43 mężczyzn (62,3%) i 26 kobiet (33,3%) (w tym 15 kobiet ciężarnych).

Wyniki: Pacjenci chorujący na kiłę nie stanowili jednorodnej grupy epidemiologicznej. Przypadki kiły wczesnej stanowiło 50,7% (35 pacjentów), kiły późnej 46,4% (32 pacjentów), a wrodzonej 2,9% (2 dzieci). Wśród kiły wczesnej jedynie 17,1% to przypadki kiły I-rzędowej, natomiast odpowiednio 54,3% oraz 28,6% to przypadki kiły II-rzędowej i utajonej. Spośród pacjentów z kiłą późną postać utajona stanowiła aż 81,2%, a narządowa zaledwie 18,8%. Objaw pierwotny zgłosiło 29% pacjentów, z czego u 10 osób pojawił się on na ręce, u 4 w jamie ustnej, u 3 w odbycie, u 3 na wargach sromowych, natomiast 71% nie zaobserwowało jego wystąpienia. Wystąpienie takiej osutki zgłosiło 39% badanych, kłykciny kiłowe płaskie 2 osoby, anginę kiłową 3 osoby, łysienie kiłowe 1 osoba oraz nawracające stany gorączkowe 4 osoby.

Wnioski: Choroby przenoszone drogą płciową, w szczególności kiła, w dalszym ciągu stanowią istotny problem medyczny. Mimo powszechnego dostępu do penicyliny, która umożliwia skuteczne leczenie kiły, nie udało jej się całkowicie wyeliminować. Lekarze nadal powinni wykazywać się czujnością, gdyż istotne jest postawienie wczesnej diagnozy, zapewnienie odpowiedniego leczenia, a także wdrożenie odpowiednich programów edukacyjnych, zwłaszcza wśród osób rozpoczynających współżycie seksualne.

Forum Derm. 2017; 3, 4: 143–146

Słowa kluczowe: kiła, krętek błydy, choroby przenoszone drogą płciową

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is the systemic infectious disease caused by *Treponema pallidum*. It is a chronic process and has very rich symptomatology. Infection is possible by sexual contacts, bloodstream or transplacental.

Objective: The aim of our study was an objective analysis of the population infected by *Treponema palladium* based on medical documentation.

Material and methods: It was a retrospective analysis of medical documentation of the patients who were treated between 2009 and 2016 because of syphilis in the Department of Dermatology Venereology and Allergology in Wrocław. A specially designed questionnaire consisting of questions about demographic data, medical history and present disease was completed. A total of 69 patients (43 men (62.3%) and 26 women (37.7%) (including 15 pregnant women)) were recruited for the study.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. med. Adam Reich, Zakład i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Rzeszowski,
ul. Szopena 2, 35–055 Rzeszów, tel. 605076722, e-mail: adi_medicalis@go2.pl

Results: Patients infected with syphilis belonged to various epidemiological groups. Early syphilis was diagnosed in 50.7% (n = 35) of patients, late syphilis in 46.4% (n = 32), whereas congenital syphilis was found in 2.9% (n = 2) of subjects. Regarding early syphilis, primary syphilis was observed in 17.1%, secondary syphilis in 54.3% whereas latent syphilis was found in 28.6% of patients. Latent late syphilis accounted for 81.2% of late syphilis cases, others manifested symptomatic late syphilis (18.8%). The primary lesions were observed by 29% of patients: 10 subjects found it on the penis, 4 in the oral cavity, 3 in the anus and 3 on the labia. Remarkably, 71% of patients did not notice the primary chancre. Syphilitic exanthema was observed by 39% of patients, condylomata lata by 2 patients, syphilitic angina by 3 persons, and syphilitic alopecia by 1 person. Recurrent febrile status was found in 4 patients.

Conclusions: Sexually transmitted diseases, especially syphilis, are still a very important medical problem. Despite the common access to penicillin, which allows to cure these disease, it appears that syphilis is still quite prevalent disease. To limit spreading of syphilis an early diagnosis, assurance of treatment and more widely distributed prevention programs are necessary.

Forum Derm. 2017; 3, 4: 143–146

Key words: syphilis, clinical characteristics, sexually transmitted diseases, treatment

WSTĘP

Kiła jest ogólnoustrojową chorobą zakaźną o przebiegu i bogatej symptomatologii klinicznej. Czynnikiem etiologicznym jest krętek bładny (*Treponema pallidum*), gram-ujemna bakteria spiralnego kształtu, o długości 6–20 μm i grubości 0,1 μm (poniżej rozdzielczości zwykłego mikroskopu optycznego), o bardzo ubogim metabolizmie, niezdolna do przetrwania poza organizmem gospodarza. Zakażenie *Treponema pallidum* możliwe jest drogą kontaktów seksualnych, przezłożyskowo, a także poprzez zakażoną krew. Obecnie najczęstszą drogą zakażenia jest kontakt seksualny — stosunek pochwowy, analny lub oralny. Droga pozapłciowa (np. poprzez przypadkowe wtarcie zakażonej wydzieliny) choć możliwa, to ze względu na dużą wrażliwość bakterii na czynniki zewnętrzne, jest dużo rzadsza. Zakażenie drogą krwiopochodną poprzez przetoczenie zakażonej krwi także jest możliwe, ale w warunkach obecnego nadzoru transfuzjologicznego w Polsce praktycznie się nie zdarza.

Zakaźność kiły zależy od okresu choroby, nasilenia posocznicy krętkowej oraz występowania na skórze i błonach śluzowych owrzodzeń, nadżerek i zmian sączących z wydzieliną zawierającą krętki. Choroba ta może trwać przez wiele lat, z okresami występowania charakterystycznych zmian klinicznych o różnym nasileniu i postaci (kiła objawowa) i okresami bezobjawowymi (kiła utajona) [1–3]. Dane epidemiologiczne z ostatnich lat wskazują, że pomimo stosunkowo łatwego dostępu do opieki zdrowotnej i szerokiego wachlarza antybiotyków, częstość zakażenia krętkiem bładnym w naszej populacji rośnie. Z tego powodu podjęto próbę charakterystyki osób zakażonych *Treponema pallidum* z uwzględnieniem okresu kiły, objawów klinicznych oraz zastosowanego leczenia.

MATERIAŁ I METODY

Retrospektywne badanie ankietowe zostało oparte o dane kliniczne zawarte w historiach chorób pacjentów leczonych w latach 2009–2016 z powodu kiły w Klinice

Dermatologii Wenerologii i Alergologii we Wrocławiu. Do badania włączono 69 pacjentów — 43 mężczyzn (62,3%) i 26 kobiet (33,3%) (w tym 15 kobiet ciężarnych) [4]. Stworzono autorski kwestionariusz zawierający pytania o dane demograficzne, przeszłość chorobową, jak i aktualną chorobę, który uzupełniano na podstawie o zarchiwizowaną dokumentację medyczną. Wśród danych demograficznych znalazły się informacje na temat płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania i orientacji seksualnej. Najobszerniejsza część ankiety zawierała pytania na temat kiły — w jakich okolicznościach doszło do transmisji zakażenia i kiedy miało to miejsce, czy występował objaw pierwotny, jeśli tak, to kiedy, w jakiej lokalizacji i postaci, czy występowały inne objawy kiły, jakie były wyniki nieswoistych i swoistych serologicznych odczynów kiłowych, czy badano płyn mózgowo-rdzeniowy i jakie leczenie zastosowano. Dodatkowo zebrano informacje na temat innych zakażeń przenoszonych drogą płciową, takich jak zakażenie HIV (*human immunodeficiency virus*), HBV (*hepatitis B virus*), HCV (*hepatitis C virus*), HPV (*human papilloma virus*), rzeżączką i *Chlamydia trachomatis*.

WYNIKI

Po przeanalizowaniu zgromadzonych danych ustalono, że przypadki kiły wczesnej (< 1 roku od zakażenia) stanowiło 50,7% (n = 35) pacjentów, kiły późnej — 46,4% (n = 32), a wrodzonej — 2,9% (n = 2). Wśród kiły wczesnej jedynie 17,1% (6 pacjentów) stanowiły przypadki kiły I-rzędowej, natomiast odpowiednio 54,3% (19 pacjentów) oraz 28,6% (10 pacjentów) to przypadki kiły II-rzędowej i kiły wczesnej utajonej. Wśród pacjentów z kiłą późną postacią utajoną stanowiła aż 81,2%, (26 pacjentów), a kiła narządowa zaledwie 18,7% (6 pacjentów). Najczęstszą drogą zakażenia krętkiem bładnym była transmisja seksualna. Wśród tej grupy 83,3% osób zakażonych przyznało się do kontaktów heteroseksualnych, a 16,7% do homoseksualnych. W 2 przypadkach do zakażenia doszło drogą wertykalną (pacjenci byli rodzicielstwem).

Pacjenci chorujący na kiłę nie stanowili jednorodnej grupy epidemiologicznej. Wśród nich znajdowali się zarówno ludzie młodzi, jak i starsi, osoby z wykształceniem wyższym oraz z zawodowym czy średnim, mieszkający tak we wsiach, jak i w miastach. Osoby poniżej 20 roku życia oraz powyżej 50 roku życia stanowiły po 7,2% badanych. Największy odsetek pacjentów, bo aż 46,4%, mieścił się w przedziale wiekowym między 21 a 30 lat. Pacjenci pomiędzy 31 a 40 rokiem życia stanowili 29%, a badani w przedziale 41–50 lat — 10,1% chorych. Osoby z wykształceniem wyższym stanowiły 20,3%, osoby o wykształceniu zawodowym lub średnim 24,6%, natomiast u 55,1% osób dostępna dokumentacja nie zawierała informacji o wykształceniu. 23,2% badanych mieszkało na wsi, 36,2% w mieście poniżej 100 000 mieszkańców, pozostałe 40,6% osób mieszkało w mieście powyżej 100 000 mieszkańców.

Objaw pierwotny zaobserwowało 29% pacjentów, z czego u 10 osób pojawił się on na prąciu, u 4 w jamie ustnej, u 3 w odbycie, u 3 na wargach sromowych; pozostałe 71% zakażonych nie zaobserwowało wystąpienia objawu pierwotnego. Z kolei regionalną limfadenopatię zaobserwowano jedynie u 17,4% pacjentów. Wystąpienie osutki drugiego okresu zgłosiło 39% badanych. Ponadto u 2 osób stwierdzono obecność kłykcin kiłowych płaskich, u 3 anginę kiłową, u 1 łysienie kiłowe, natomiast 4 osoby podawały występowanie nawracających stanów gorączkowych.

U 6 pacjentów spośród wszystkich analizowanych chorych stwierdzono nieprawidłowości w badaniu neurologicznym, mogące odpowiadać kile układu nerwowego. Płyn mózgowo-rdzeniowy przebadano 11 pacjentom, z czego w 4 przypadkach wykazano w nim dodatnie odczyny kiłowe [5, 6].

Wśród wszystkich badanych 87% (60 pacjentów) było diagnozowanych pod kątem zakażenia wirusem HIV, z czego u 6,7% (4 pacjentów) udało się je potwierdzić. W kierunku HCV przebadano 75% osób i u żadnej nie potwierdzono zakażenia, a w kierunku HBV sprawdzono 77% pacjentów, z czego u 13,2% stwierdzono dodatnie odczyny immunologiczne świadczące o przebyłym lub trwającym zakażeniu. U żadnej z osób nie wykazano zakażenia chlamydiami, natomiast współistnienie rzeżączki stwierdzono u 3 osób.

Podczas pobytu w Klinice wszyscy pacjenci otrzymali antybiotykoterapię, z czego 68,1% penicylinę prokainową, 14,5% penicylinę benzatynową, 10,1% penicylinę krystaliczną, 2,9% azytromycynę, a po 1,4% doksycylinę, erytromycynę lub ceftriakson. 43,5% osób było już wcześniej leczonych z powodu kiły [6, 7].

WNIOSKI

Choroby przenoszone drogą płciową, w szczególności kiła, w dalszym ciągu stanowią istotny problem medyczny i społeczny. Pomimo dostępu do skutecznego leczenia tej

choroby, nadal odnotowuje się nowe przypadki zachorowań, a w ostatnich latach zaobserwowano nawet wzrost częstości występowania kiły. Wynika to z faktu zaprzestania wykonywania badań przesiewowych, często utajonego lub skąpoobjawowego przebiegu schorzenia, a w przypadku kiły objawowej, upodabniania się tej jednostki chorobowej do szeregu innych schorzeń dermatologicznych i internistycznych. Najczęściej chorują młode osoby dorosłe, aktywne seksualnie, w grupie wiekowej 21–30 lat. Przekrój społeczny pacjentów z rozpoznaniem kiły jest różnorodny, co świadczy o możliwości zachorowania w każdym środowisku, nie tylko wśród osób o niższym statusie socjoekonomicznym, słabo wykształconych, czy zamieszkujących małe miejscowości i wsie. Należy podkreślić, że nierzadko kile towarzyszą inne choroby przenoszone drogą płciową, dlatego też niezwykle ważne jest przebadanie wszystkich zakażonych pod kątem wystąpienia tych chorób, w szczególności na obecność wirusa HIV. Konieczne jest również propagowanie wykonywania badań przesiewowych, zapewnienie odpowiedniego leczenia oraz szersze wdrożenie programów edukacyjnych na temat dróg szerzenia się zakażenia [8].

Kiła w zależności od czasu trwania i okresu manifestuje się szeregiem objawów skórnych i narządowych. Zazwyczaj jako pierwszy na skórze bądź błonach śluzowych pojawia się tak zwany objaw pierwotny. Zwykle ma on postać niebolesnego, pojedynczego, płaskiego i płytkiego owrzodzenia, o średnicy kilku do kilkunastu milimetrów i twardej nacieczonej podstawie. Nielezione owrzodzenie goi się w ciągu 2–4 tygodni i zazwyczaj nie pozostawia śladu. Zmiana pojawia się w miejscu wnikięcia prątków, najczęściej na narządach płciowych, odbycie lub w jamie ustnej, choć zdarzają się także mniej typowe lokalizacje [2]. Warto podkreślić, że w analizowanej grupie chorych zdecydowana większość pacjentów nie zaobserwowała u siebie owrzodzenia pierwotnego, natomiast dominującym objawem choroby oraz powodem zgłoszenia do szpitala była obecność osutki kiłowej, bądź też dodatni wynik badania serologicznego. Fakt ten podkreśla potrzebę promowania rutynowych badań przesiewowych w populacji osób wysokiego ryzyka oraz u kobiet ciężarnych [4].

Częstym objawem towarzyszącym pierwszemu okresowi kiły jest regionalna limfadenopatia. Węzły chłonne w okolicy wnikięcia krętków powiększają się, są twarde i niebolesne. Należy jednak pamiętać, że limfadenopatia nie zawsze jest łatwo stwierdzana badaniem fizykalnym, gdyż w przypadku umiejscowienia objawu pierwotnego na ścianach pochwy, szyjce macicy i okolicy odbytu węzły powiększające się odczynowo nie są dostępne z reguły w badaniu palpacyjnym (np. węzły chłonne miednicy czy zaotrzewnowe). Z kolei najbardziej charakterystyczną manifestacją kiły wczesnej II-rzędowej jest osutka — najczęściej plamista, rzadziej grudkowa, która ustępuje po 2–3 tygo-

dniach bez pozostawiania śladu. W kile drugiego okresu mogą także wystąpić angina kiłowa, kłykciny płaskie na narządach płciowych, bielactwo kiłowe, czy łysienie kiłowe. Z kolei kiła późna może manifestować się w postaci kilaków skóry, kości, czy narządów wewnętrznych, kiły sercowo-naczyniowej i kiły układu nerwowego.

Podstawą leczenia kiły są penicyliny ze względu na brak oporności krętków na ten antybiotyk [6, 7]. Czas leczenia i dawka zależna jest od okresu i postaci kiły. Z uwagi na możliwość wystąpienia reakcji anafilaktycznej na penicylinę u osób uczulonych na penicyliny stosuje się również inne antybiotyki, między innymi doksycylinę, tetracyklinę, azytromycynę i ceftriakson [1]. Należy jednak pamiętać, że w przypadku stwierdzenia kiły w ciąży, penicylinę krystaliczną stosuje się nawet u kobiet na nie uczulonych, jednak przed podaniem antybiotyku przeprowadza się odczulanie.

PIŚMIENNICTWO

1. Reich A, Szepietowski J. Leczenie chorób skóry i chorób przenoszonych drogą płciową. Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2008.
2. Jabłońska S, Majewski S. Choroby skóry i choroby przenoszona drogą płciową. Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2005.
3. Chapel TA, Chapel TA, Chapel TA. The signs and symptoms of secondary syphilis. *Sex Transm Dis.* 1980; 7(4): 161–164, indexed in Pubmed: [7455863](#).
4. Alexander JM, Sheffield JS, Sanchez PJ, et al. Efficacy of treatment for syphilis in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1999; 93(1): 5–8, indexed in Pubmed: [9916946](#).
5. Birnbaum NR, Goldschmidt RH, Buffett WO. Resolving the common clinical dilemmas of syphilis. *Am Fam Physician.* 1999; 59(8): 2233–40, 2245, indexed in Pubmed: [10221308](#).
6. Musher DM. Syphilis, neurosyphilis, penicillin, and AIDS. *J Infect Dis.* 1991; 163(6): 1201–1206, indexed in Pubmed: [2037785](#).
7. Mahoney JF, Arnold RC, Harris A. Penicillin Treatment of Early Syphilis-A Preliminary Report. *Am J Public Health Nations Health.* 1943; 33(12): 1387–1391, indexed in Pubmed: [18015910](#).
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recommendations for partner services programs for HIV infection, syphilis, gonorrhea, and chlamydial infection. *MMWR Recomm Rep.* 2008; 57(RR-9): 1–83; quiz CE1, indexed in Pubmed: [18987617](#).