

John Paoli, ST-läkare, hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg john.paoli@vgregion.se

Gun-Britt Löwhagen, överläkare, hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg gun-britt.lowhagen@vgregion.se

Kerstin Norrsell, överläkare, ögonkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölndal, Mölndal kerstin.norrsell@oft.gu.se

Lena Sjödell, överläkare, ögonkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölndal, Mölndal lena.sjodell@vgregion.se

Fallbeskrivning

Sekundär syfilis med ögonengagemang hos en 77-årig man

II Syfilis är en sexuellt överförd infektion med ökande incidens i Sverige. I det sekundära stadiet kan många organ vara engagerade såsom lever, njurar, CNS och ögon. Med detta fall av sekundär syfilis med hudutslag och ögonsymtom hos en äldre man vill vi påminna om att syfilis fortfarande är »den store imitatören«, vilket bl a kan leda till försenad diagnostik. Vi vill också informera om att polymeraskedjereaktionsteknik (PCR) nu finns tillgänglig för att påvisa *Treponema pallidum* i biologiskt material. I vårt fall kunde vi bekräfta diagnosen ögonsyfilis genom att påvisa *T pallidum*-DNA i glaskroppen.

Fallet

En 77-årig man sökte hudläkare på grund av rodnade, fjällande, nummulära hudutslag på rygg och underben. Han var tidigare väsentligen frisk och utan mediciner. Initialt bedömdes hans hudutslag som psoriasis och senare av en annan hudläkare som eksem. Efter några veckors behandling med kalcipotriol, lokala steroider och cefadroxil per os läkte hudförändringarna på ryggen, och utslaget på underbenen förbättrades.

Två månader senare sökte patienten ögonläkare på grund av tilltagande synnedsättning samt svarta streck och flimmer framför ögonen. Vid undersökning påvisade man bilateral panuveit med papillödem, retinal flebit samt celler och degenerativa stråk i glaskroppen.

På ögonkliniken utreddes patienten med rutinlaborationer – kalcium, angiotensin convertning enzyme, lungröntgen, Borrelia-antikroppar, antinukleära antikroppar (ANA), anti-neutrofila cytoplasmaantikroppar (ANCA) och reumatoid faktor – utan patologiska fynd. Elfores visade lätt inflammatorisk reaktion med polyklonal IgG-ökning. På magnetresonans av hjärna och orbita fann man inget anmärkningsvärt. Då synnedsättningen progredierade trots behandling med prednisolon 60 mg dagligen utfördes en vitrektomi. Cytologi på materialet från glaskroppen visade kraftig, subakut, ospecific inflammation. PCR för virus (herpes simplex, cytomegalovirus, varicella-zoster) och toxoplasma var negativ.

Tre månader efter det första besöket på ögonkliniken gjordes en grundlig genomgång av klinik och laboratorieresultat, eftersom patienten försämrades och diagnos inte klarlagts. Lumbalpunktion utfördes med extensiv provtagning. Fynden i likvor talade för en kronisk, inflammatorisk process men lusserologi var negativ. Syfilisserologi från serum var dock

Sammanfattat



En 77-årig man drabbades av synnedsättning och oklara psoriasiforma hudutslag.

Bilateral panuveit påvisades, och efter en extensiv utredning inklusive vitrektomi diagnostiserades sekundär syfilis med ögonengagemang.

Syfilisincidensen har ökat i vårt land under de senaste åren, framför allt hos män som har sex med män.

Vi vill med detta fall påminna om dels den mångfasetterade klinik som syfilis kan ge upphov till, dels värdet av PCR för påvisande av *Treponema pallidum*.

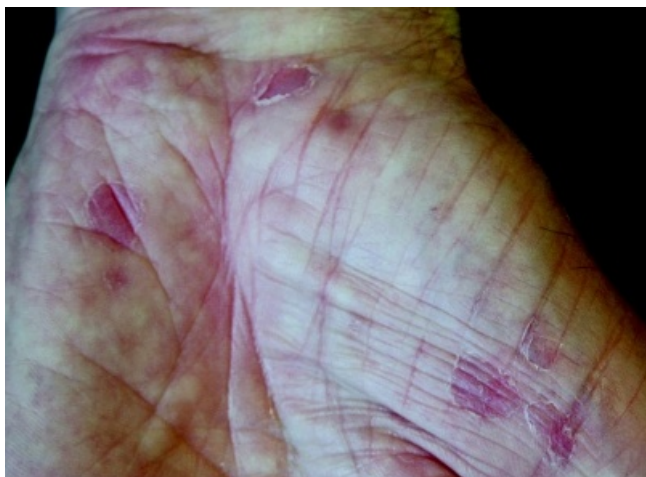
positiv med WR-(Wassermannreaktion) titer 1:30, VDRL (venereal disease research laboratory) starkt positivt, *Treponema pallidum*-partikelagglutination (TPPA) >1:20 480 och IgM-Elisa positivt.

Patienten remitterades till hudkliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Han var då nästan blind; på höger öga kunde han klara fingerräkning, på vänster kunde han endast urskilja ljus och mörker. Han uppvisade vid inläggning fjällande erytematösa makulae i handflatorna bilateralt (Figur 1).

I sexualanamnesen framkom att patienten var gift men hade sedan tio år tillbaka enbart haft sporadiska sexuella relationer med män. Han hade inte noterat något sår vare sig genitoanalt eller på kroppen för övrigt. Misstänkt smittillfälle var med manlig partner på Kanarieöarna några månader innan hudsymtomen debuterade.

Serologi för HIV och hepatit var negativ. På material från vitrektomin utfördes PCR, och *T pallidum*-DNA kunde påvisas.

Behandling inleddes med bensylpenicillin 2,5 g intravenöst sex gånger dagligen. I samråd med ögonläkare gavs återigen prednisolon i höga doser i ett nedtrappande schema. Antibiotika gavs så länge kortisonbehandling pågick. Efter 14 dagars intravenös penicillinbehandling övergick man till pro-



Figur 1. Typiska fjällande erytematösa makulae i handflatan vid sekundär syfilis.

kainpenicillin 1,2 miljoner IU intramuskulärt en gång dagligen i en vecka och därefter doxycyklin per os 0,2–0,4 g dagligen i 28 dagar.

Ödemet och de inflammatoriska förändringarna i ögonbotten svarade snabbt på behandlingen, och nu efter drygt två år har patientens visus förbättrats påtagligt. Han har på höger öga en synskärpa på 0,65 med korrektion och på vänster öga 0,4. WR blev negativ inom sex månader efter avslutad behandling. Hustrun hade negativ syfilisserologi.

Ökande incidens av syfilis i Sverige

Under 1990-talet anmäldes få fall av syfilis, men sedan år 2000 har man noterat en ökande incidens i Sverige, framför allt hos män som har sex med män. År 2003 anmäldes 179 fall av syfilis i Sverige och statistiken för första halvåret 2004 talar för ett ökande antal anmälda fall [1].

I sekundärstadiet av syfilis har man bakteriemi, och de flesta organ i kroppen kan vara engagerade. Mest frekvent är olika hud- och slemhinnesymtom vilka, som i det beskrivna fallet, kan imitera många vanliga dermatoser. Engagemang av nervsystemet är vanligt, och fall av basal meningit med kranialnervspåverkan, såsom optikusneurit, finns beskrivna.

Hematogen spridning av *T pallidum* till ögat är relativt ovanlig vid sekundär syfilis. Infektionen kan manifesteras sig som korioretinit, papillit, neuroretinit eller retinal vaskulit med inflammatoriska förändringar i glaskroppen. Vanliga symtom är smärtfri synnedsättning och upplevelse av fläckar i synfältet [2]. Vid undersökning av ögonbotten noteras ofta ett papillödem som kan vara uni- eller bilateralt [3]. I flera fall publicerade i litteraturen har syfilisserologin, som i vårt fall, varit negativ i likvor, och i vissa fall har inte heller pleocytoz förelegat [4, 5]. Samtidig HIV-infektion har beskrivits i många publicerade fall av sekundär syfilis med ögonengagemang [5].

Värdet av PCR

PCR-teknik för att detektera *T pallidum* beskrevs första gången 1991 [6] och har använts under senare år vid primär och sekundär syfilis för att påvisa spiroketen i syfilitiska sår, andra hudlesioner och likvor. Man har sett att PCR-metoden har god sensitivitet och specificitet vid tidig syfilis och är därför ett viktigt tillägg till den serologiska diagnostiken [7]. PCR-teknik på utbytet från vitrektomi har tidigare använts för diagnostik av virala infektioner såsom med cytomegalovirus, varicella-zoster och herpes simplex [8] och för toxoplasma [9]. I detta fall kunde DNA från *T pallidum* påvisas med PCR på

material från glaskroppen och verifiera diagnosen. Ögonsyfilis verifierad med påvisande av spiroketen i ögat har tidigare inte beskrivits i litteraturen.

Tidig diagnos viktig

Även om diagnosen ställdes relativt sent hos vår patient förbättrades synen påtagligt med behandlingen. Man bör betrakta ögonsyfilis som en form av neurosyfilis, och höga penicillindoser rekommenderas.

När det gäller behandling med steroider finns ingen konsensus, men de flesta anser att man bör ge höga doser per os. Trots att penicillin använts inom syfilisterapi sedan 1950-talet har ingen resistensutveckling noterats. Tidig diagnos är oerhört viktig, och syfilisserologi bör ingå i utredning av uveiter där diagnosen inte är uppenbar. I det aktuella fallet bidrog patientens ålder och sociala status säkerligen till att misstanken om syfilis inte väcktes tidigare.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser:

- Berglund T. Syfilis – kommentarer till statistiken. <http://www.smittskyddsinstitutet.se/SMItemplates/Article.aspx?id=2836>
- Arruga J, Valentines J, Mauri F, Roca G, Salom R, Rufi G. Neuroretinitis in acquired syphilis. *Optalmology* 1985;92(2):262-70.
- Frejgassner PS, El-Shabrawi Y. [Optic nerve involvement in syphilis in 4 patients]. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 2001;218(10):691-4.
- Deschenes J, Seamone CD, Baines MG. Acquired ocular syphilis: diagnosis and treatment. *Ann Ophtalmol* 1992;24(4):134-8.
- Browning DJ. Posterior segment manifestations of active ocular syphilis, their response to a neurosyphilis regimen of penicillin therapy, and the influence of human immunodeficiency virus status on response. *Ophthalmology* 2000;107(11):2015-23.
- Burstain JM, Grimpel E, Lukehart SA, Norgard MV, Radolf JD. Sensitive detection of *Treponema pallidum* by using the polymerase chain reaction. *J Clin Microbiol* 1991;29(1):62-9.
- Palmer HM, Higgins SP, Herring AJ, Kingston MA. Use of PCR in the diagnosis of early syphilis in the United Kingdom. *Sex Transm Infect* 2003;79(6):479-83.
- Knox CM, Chandler D, Short GA, Margolis TP. Polymerase chain reaction-based assays of vitreous samples for the diagnosis of viral retinitis. Use in diagnostic dilemmas. *Ophthalmology* 1998;105(1):37-44; discussion 44-5.
- Montoya JG, Parmley S, Liesenfeld O, Jaffe GJ, Remington JS. Use of the polymerase chain reaction for diagnosis of ocular toxoplasmosis. *Ophthalmology* 1999;106(8):1554-63.



=artikeln är referentgranskad

SUMMARY

A 77 year old man complained of vision loss and presented psoriasiform skin manifestations. A bilateral panuveitis was observed and after extensive investigation including vitrectomy the patient was diagnosed with secondary syphilis with ocular involvement. Syphilis has shown an increasing incidence in Sweden especially within the group of men who have sex with men. This case report reminds us of the diversity of symptoms which syphilis may present and the importance of PCR to demonstrate *Treponema pallidum*.

John Paoli, Gun-Britt Löwhagen, Kerstin Norrsell, Lena Sjödel

Correspondence: John Paoli, Hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, SE 413 45 Göteborg, Sweden john.paoli@vgregion.se