

A nagy imitátorok – Szifilisz és szisztémás lupus erythematosus differenciáldiagnosztikája egy eset kapcsán

The great imitators – Differential diagnosis of syphilis and systemic lupus erythematosus related to a case

BANCSÓK TAMÁS DR., KERESZTES DOROTTYA DR.,
VÁRSZEGI DALMA DR., HANYECZ ANITA DR.

PTE KK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők egy 29 éves férfibeteg esetét dolgozzák fel, aki több hónapja tartó testszerte megjelenő erythemás maculopapulosus bőrtünetek, fájdalmas szájnyálkahártya és glansra lokalizálódó erosiok, dysuria, scleroconjunctivitis, palmoplantaris hyperkeratotikus papulák, aszimmetrikus, migráló jellegű oligoarthritis, rekuráló lázas állapot és alopecia parvimaclata miatt került hospitalizációra. Tekintettel a klinikai tünetekre, elsősorban szekunder szifilisz, valamint reaktív arthritis diagnózisa merül fel, azonban az ez irányú vizsgálatok negatív eredménnyel zárultak. További kivizsgálása során laboratóriumi, autoimmun szerológiai vizsgálatok, valamint a klinikai tünetek alapján szisztémás lupus erythematosus (SLE) diagnózisa került felállításra. Az eset bemutatásával a szerzők a szifilisz és SLE differenciáldiagnosztikai kihívásaira szeretnék felhívni a figyelmet.

Kulcsszavak:

szisztémás lupus erythematosus – reaktív arthritis – szifilisz – differenciáldiagnózis

SUMMARY

The authors report the case of a 29-year-old male patient presenting with erythematous maculopapular rash, painful oral and genital erosions, dysuria, scleroconjunctivitis, painful palmoplantar hyperkeratotic papules, asymmetric, migratory oligoarthritis, recurrent fever and alopecia parvimaclata. Based on the clinical symptoms the first suspected diagnoses were secondary syphilis and reactive arthritis, however the performed laboratory tests did not confirmed the diagnoses. The autoimmune serology tests, the clinical symptoms, and the results of further investigations established the diagnosis of systemic lupus erythematosus (SLE). By presenting this case the authors highlight the differential diagnostic challenges of secondary syphilis and SLE.

Key words:

systemic lupus erythematosus – reactive arthritis – syphilis – differential diagnosis

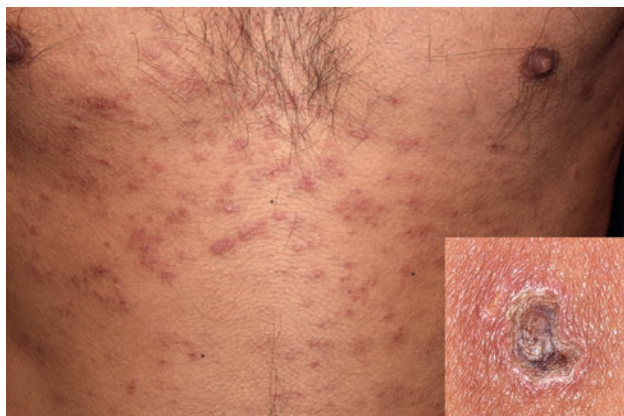
Nem joggalánul hívják a lupust és luest is nagy imitátoroknak, hiszen mind a két betegség igen széleskörű és heterogén tünetekkel járhat együtt. A különböző szervrendszereket érintő tünetek hasonlósága mellett a diagnosztika során elvégzett vizsgálatokban is találunk átfedéseket (1, 2). Esetünkkel szeretnénk rávilágítani a szifilisz és szisztémás lupus erythematosus differenciáldiagnosztikai kihívásaira, valamint segítséget nyújtani elkülönítésükben.

Esetismertetés

A 29 éves férfibeteget 4 hónapja a fülkagylókon kezdődő, rövid idő múlva testszerte progrediáló maculopapulosus exanthema miatt észleltük. Az erythemás papulákon és plakkokon helyenként galléros hámlás volt megfigyelhető (1. ábra), valamint fájdalmas

palmoplantaris hyperkeratotikus papulák (2. ábra), alopecia parvimaclata (3. ábra), a palatum molle és durum nyálkahártyáján pedig erythemás alapú erosiok voltak láthatóak (4. ábra). Glandson circiner balanitis képe volt megfigyelhető, illetve bőrtünetek mellett dysuria, scleroconjunctivitis, aszimmetrikus, migráló jellegű oligoarthritis és rekuráló lázas epizódok jelentkeztek. A beteg anamnézisében krónikus betegség nem volt ismert.

A klinikai tünetek alapján felvételkor differenciáldiagnosztikailag három kórkép merült fel. Szekunder szifiliszre a Biettgallérok jelenléte, aprófoltos hajvesztés, palmoplantaris hyperkeratosis, valamint az orális és genitális nyálkahártyatünetek miatt gondoltunk. Reaktív arthritis gyanúját vetette fel továbbá az arthralgia, urethritis, scleroconjunctivitis, circiner balanitisre emlékeztető kép és mind a négy végtagot érintő keratoderma blenorrhagicumnak megfelelő tünetek együttese. A szájnyálkahártya és



1. ábra

Erythemás maculopapulosus exanthema – Biett-gallérra emlékeztető tünet



2. ábra

Hyperkeratotikus, helyenként erodált livid-erythemás hámló papulák a kézen

genitális erosiok, egész testre lokalizálódó erythemas maculopapulosus exanthema, alopecia és arthralgia miatt a szisztémás lupus erythematosus diagnózisa sem volt kizárható (5. ábra).

Kivizsgálás során mérsékelten emelkedett CRP (22,2 mg/l) és magasabb LDH (625 U/l) értéket észleltünk, valamint az autoimmun szerológiai vizsgálat során kifejezetten emelkedett antinukleáris (>100 U/ml), anti-dsDNS (>1625 IU/ml), anti-nukleoszóma (>200 U/ml), anti-C1q (51,8 U/ml) és antifoszfolipid antitesteket (anti-cardiolipin IgG/A/M – 13,6 U/ml) találtunk. Mellkas és sacroiliacalis röntgen vizsgálat körjelzöt nem írt le. Hasi ultrahang vizsgálat során jelzett hepatomegalia került leírásra. HBV, HCV szerológia, valamint vizeletből szexuális úton terjedő fertőzések irányába történt PCR vizsgálat negatív volt. Szemészeti vizsgálat anterior uveitist nem igazolt, szemváladékból kórokozó nem tenyésztett ki. *Treponema pallidum* hemagglutinációs teszt biológiai aspecifikus pozitív eredményt adott, a konfirmáló ELISA vizsgálat, valamint a rapid plasma reagin teszt negatív volt, így ezen eredmények alapján szifilisz lehetőségét kizártuk. További kivizsgálása során leukopéniát (2,8 G/l), trombocitopéniát (99,0 G/l), C3 hipokomplementémiát, valamint 24 órás vizeletgyűjtés során szignifikáns proteinuriát (1g/die) észleltünk.

A 2012-es SLICC kritériumrendszer alapján SLE diagnóza került felállításra, majd a beteget PTE KK Reumatológiai és Immunológiai Klinikára helyeztük át további kezelés céljából. A kortikoszteroid terápia megkezdésének éjszakáján grand mal roham, majd status epilepticus jelentkezett. A központi idegrend-

szeri érintettséggel is járó SLE miatt több hónapig neurointenzív terápiás ellátásra szorult. A nagyon súlyos, rapidan progrediáló lupus kortikoszteroid és bólus cyclophosphamid kezelésekkel remisszióba került. Jelenleg a páciens fenntartó mycopenolát mofetil és hydroxychloroquin kezelés mellett tünetmentes.

Megbeszélés

Esetünk kapcsán levonhatjuk a következtetést, miszerint egyes krónikus gyulladós kórképek, köztük például az SLE is, hasonló tünettannal jelentkezhet a mindennapi gyakorlatban, mint a szifilisz.

Az SLE 25%-ban cutan tünetekkel kezdődik, valamint a lupusos betegek 70-80%-ának van bőrérzettsége. Az alopecia, generalizált erythemas maculopapulosus exanthema és mucosalis fekélyek azok a tünetek, amelyeket szekunder szifilisz esetén is láthatunk (1, 2).

Általános és neurológiai tünetek is társulhatnak mindkét kórképhez (3). SLE-ben az idegrendszeri manifestáció prevalenciája 14 és 95% között mozog (4). Többek között aszimptomatikus vagy fejfájással járó meningitist, neuritis opticát, demenciát, görcsrohamokat, stroke-ot, myelitis transversát és neuropszichiátriai eltéréseket mind SLE, mind szifilisz tud okozni (4, 5).

A labordiagnosztika során meglepő lehet, hogy a szifilisz szűrésére használt nem *Treponema pallidum* spe-











3. ábra

Alopecia parvimaclata



4. ábra

Erosiok a szájpadon

Szekunder szifilisz	Reaktív arthritis	SLE
Biett-gallér 	arthralgia	arthralgia
	urethritis	erythemás maculo-papulosus exanthema 
	scleroconjunctivitis	
alopecia parvi-maculata 	circiner balanitis	alopecia 
tenyéri-talpi érintettség 	keratoderma blenorrhagicum 	
szájnyálkahártya és genitális tünetek 		mucosalis erosio 

5. ábra

Differenciáldiagnosztikai kórképek esetünk kapcsán

cifikus ellenanyag szerológiai tesztek a lupusos betegek kb. 20%-ában álpozitív eredményt adhatnak (6). Igaz, ezek a tesztek az átlag populáció 1-5%-ában, valamint terhességben, akut lázas állapotokban, idült fertőzések és egyéb autoimmun betegségek esetén is okozhatnak fals pozitivitást. Jelentőségük mégis van, hiszen azon lupusos betegeknél, akiknél fals pozitív a szifilisz szűrővizsgálat, alacsonyabb betegségaktivitást találtak a diagnózis felállításakor, valamint hosszú távon megnövekedett trombózisrizikót mutattak ki (6). A szűrővizsgálat pozitivitása esetén az egyre növekvő prevalenciájú lues kizárása mindenképpen szükséges, hiszen Magyarországon is 2017 és 2021 között évente átlagosan 751 új szifilisz beteget jelentettek (7).

A lupusos betegek 30%-ának van veseérintettsége, azonban ritkán szifilisz is okozhat nephritist, akár nephrosis szindrómát (1, 8).

Kiemelendő továbbá a két kórkép elkülönítésében, hogy az aktív SLE-vel szemben a szekunder szifilisz stádiumában lévő beteg általános állapota általában jó. A sok átfedés mellett a megfelelő anamnéziszfelvétel, a bőrtünetek eloszlásának megfigyelése (lupusban a fénynek kitett területeken kifejezettebben jelentkeznek), a részletes labor diagnosztika (többek között komplementszint-meghatározás, autoimmun és lues szerológia, vérkép, 24 órás vizeletgyűjtés) és a megfelelő kritériumrendszerek (SLE-ben pl. SLICC 2012) használata hozzásegíthet a két, akár nagyon hasonlóan megjelenő kórkép elkülönítésében (9).

IRODALOM

1. Duarte JA, Henriques CC, Sousa C, és mtsai.: Lupus or syphilis? That is the question! *BMJ Case Rep.* (2015) Published online: 2015 Jun 4. DOI: 10.1136/bcr-2015-209824.
2. Ribero S, Sciascia S, Borradori L, és mtsai.: The Cutaneous Spectrum of Lupus Erythematosus. *Clin Rev Allergy Immunol.* (2017) 53, 291–305. DOI: 10.1007/s12016-017-8627-2.
3. Ahn K., Govindu R.: A Rash Diagnosis: A Teachable Moment. *Am. J. Med.* (2020) 133, 108–109. DOI: 10.1016/j.amjmed.2019.09.003.
4. Shaban A., Leira E. C.: Neurological Complications in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* (2019) 19, 97. DOI: 10.1007/s11910-019-1012-1.
5. Berger J. R., Dea D.: Neurosyphilis. *Handb. Clin. Neurol.* (2014) 121, 1461–1472. DOI: 10.1016/B978-0-7020-4088-7.00098-5.
6. Ahn S. S., Jung S. M., Yoo J. és mtsai.: Clinical characteristics of patients with systemic lupus erythematosus showing a false-positive result of syphilis screening. *Rheumatol. Int.* (2019) 39, 1859–1866. DOI: 10.1007/s00296-019-04435-0.
7. NNK Járványügyi és Infekciókontroll Főosztály, Osap 2096. (2021) Elérhető: https://www.antsz.hu/data/cms105370/OSAP_STD_2021_honlapra.pdf.
8. Shatley M. J., Walker B. L., McMurray R. W.: Lues and lupus: Syphilis mimicking systemic lupus erythematosus (SLE). *Lupus.* (2001) 10, 299–303. DOI: 10.1191/096120301680417002.
9. Lenormand C., Lipsker D.: Lupus erythematosus: Significance of dermatologic findings. *Ann. Dermatol. Venereol.* (2021) 148, 6–15. DOI: 10.1016/j.annder.2020.08.052.

Érkezett: 2023.05.16.

Közlésre elfogadva: 2023.05.22.