

Belavé ložiská v ústnej dutine

MUDr. Lucia Kolláriková, prof. MUDr. Mária Šimaljaková, PhD., MUDr. Monika Heizerová, PhD., MUDr. Lucia Pastyriková

Dermatovenerologická klinika LF UK a UNB, Bratislava

Opisujeme prípad pacienta s belavými ložiskami v ústnej dutine, u ktorého sme diagnózu stanovili na základe anamnézy, klinického a sérologického vyšetrenia. Po nasadení liečby nastal rýchly ústup slizničných prejavov. Ide o zriedkavé ochorenie, ktorého prejavy v ústnej dutine sú pri chýbaní subjektívnych ťažkostí ľahko prehliadnuteľné.

Kľúčové slová: belavé ložiská na sliznici, sérologické vyšetrenie.

Clinical case: Whitish areas in the oral cavity

We present a case of a patient with whitish areas in the oral cavity, in which we established the diagnosis by history, clinical and serological examination. After initiation of treatment there was a rapid retreat of mucosal symptoms. It is a rare disease, which manifestations in the oral cavity is easily missed in the absence of subjective difficulties.

Keywords: whitish areas of mucosa, serology.

Opis prípadu

Na našom pracovisku bol vyšetrený 16-ročný pacient pre belavé ložiská na hornej pere a v ústnej dutine. Slizničné prejavy spozoroval pred mesiacom a sťažoval sa na občasné pálenie v mieste ložísk. Podobné prejavy ani iné kožné alebo pohlavné ochorenie v minulosti neudával. Osobná aj rodinná anamnéza pacienta bola bez pozoruhodností, častejšie chorý nebýval. Pacient neužíval žiadne lieky a alergie negoval. Fajčil približne 20 cigariet denne.

Pri lokálnom vyšetrení boli na sliznici hornej pery vľavo a na sliznici za posledným molárom vpravo dole prítomné ľahko vyvýšené belavé ložiská nepravidelného tvaru s miernym začervenaním okolitej sliznice (obrázky 1 a 2). Najväčšie ložisko bolo na sliznici pery veľkosti 12 mm. Prejavy sa nedali zotrieť špachtľou. Jazyk bol bez patologických zmien. Pri klinickom vyšetrení ďalej upútala cervikálna lymfadenopatia. Na pravej strane krku bola nápadne zväčšená nebolestivá lymfatická uzlina, pohyblivá oproti spodine, veľkosti približne 3 cm (obrázok 3). Palpačne bola ďalej zväčšená lymfatická uzlina na ľavej strane krku a inguinálne lymfatické uzliny obojstranne, tieto uzliny mali veľkosť približne 2 cm. V seboroických

lokalitách boli prítomné aknézne prejavy. Ostatný náález na slizniciach a koži bol normálny.

Pacientovi boli odobraté základné laboratórne parametre krvného obrazu, biochémie, sedimentácia erytrocytov, špecifické a nešpecifické antitreponémové protilátky. Krvný obraz a biochémia boli v medziach normy, sedimentácia bola ľahko zvýšená – 14/22. V sérológii syfilisu bola zistená pozitívita RPR aj TPHA (obe silne pozitívne +++).

Diagnostický záver: Syphilis secundaria – plaques opalines, lymphadenopathia cervicalis et inguinalis bilateral.

Pacient bol prijatý na hospitalizáciu s cieľom liečby. Bolo podané hlásenie pohlavne prenosnej choroby. V epidemiologickej anamnéze pacient udával posledných 8 mesiacov stabilnú sexuálnu partnerku, u ktorej nespozoroval žiadne chorobné kožné prejavy. Partnerka v minulosti pracovala ako prostitútka. Pacientka bola odoslaná na venerologické vyšetrenie. Klinicky bola bez prejavov pohlavného ochorenia, ale na základe pozitívnych netreponémových a treponémových testov bol u nej potvrdený syfilis (latentná forma). Pacientovi bola následne odobratá krv na vyšetrenie protilátok proti *Treponema pallidum* v Národnom

referenčnom centre pre syfilis v Košiciach, kde sa prítomnosťou IgM protilátok potvrdila diagnóza včasného syfilisu: pozitívne RPR, VDRL (titer 1:32), ELISA IgG a TPHA (titer 1:160), reaktívne FTA-ABS-IgM (titer 1:10) a FTA-ABS-IgG (titer 1:5).

Diskusia

Sekundárne štádium syfilisu začína približne v 9. týždni po infekovaní. Klinický obraz sa môže prejaviť rozmanitým postihnutím kože a slizníc vo forme špecifických exantémov a enantémov označovaných ako syfilidy. Vyvolávateľ ochorenia *Treponema pallidum* sa už z primárneho miesta vstupu hematogénne aj lymfogénne rozšíril.

K postihnutiu sliznice ústnej dutiny dochádza v 30 – 40 % prípadov sekundárneho štádia syfilisu (1). Syfilitické enantémy sekundárneho štádia sú

Obrázok 3. Lymfadenomegália na pravej strane krku.



Obrázok 1. Belavé ložisko na sliznici hornej pery.



Obrázok 2. Belavé ložiská v ústnej dutine za posledným molárom.



analógiou kožného exantému. Ak sú prítomné červené makuly, označujú sa ako „*plaques fouées*“ (variant *roseola syphilitica*). Edémom a infiltráciou týchto eflorescencií je ich plocha vystavená maceračnému účinku, čím dochádza k ich belavému sfarbeniu, niekedy až so sivastým nádychom – tzv. „*plaques opalines*“. Papuly na slizniciach nevystupujú, preto môžu byť eflorescencie len mierne vyvýšené. Ak nastane poškodenie epitelu sliznice, vytvára sa obraz „*plaques érosives*“ a ložiská sa môžu pokryť pevne lipnúcim povlakom – „*plaques diphtéroïdes*“. Na jazyku môže zápal zdeštruovať papily a vznikajú tak hladké ložiská „*plaques lisses*“. Niekedy sa vytvorí papuly v ústnych kútikoch označované ako „*perlèche*“ (2). *Angina specifica* je charakteristická edematóznym opuchom tonzíl, erytémom, sivo-bielymi povlakmi a sťaženým prehĺtaním.

Slizničné lézie môžu byť samostatným prejavom ochorenia alebo sa objavujú spolu s ďalšími typickými eflorescenciami. Kožné prejavy sekundárneho syfilisu môžu byť charakteru makulóznych, papulóznych, papuloskvamóznych, resp. iných zriedkavejších typov exantémov, *condylomata lata*, *leukoderma syphiliticum*, *alopecia specifica diffusa*, *alopecia specifica areolaris* alebo *clavi syphilitici*. Častý je aj nebolestivý opuch lymfatických uzlín, ktoré sa nachádzajú v spádovej oblasti prejavov (3).

Pri potvrdení diagnózy syfilisu má hlavnú úlohu sérologická diagnostika, pretože priamy dôkaz vyvolávateľa je sťažený. Spirochéty *Treponema pallidum* nie je možné kultivovať. Klasický dôkaz treponém v tmavom poli z orálnych lézií môže byť skreslený prítomnosťou nepatogénnych spirochét z ústnej dutiny (4). Spoľahlivejšie sú diagnostické metódy ako polymerázová reťazová reakcia alebo priama imunofluorescencia pomocou značených protilátok, ale pre finančnú náročnosť sa v rutinej diagnostike nepoužívajú (5). Pri histologickom vyšetrení je pre znázornenie treponém potrebné špeciálne farbenie (napr. Warthin-Starry alebo Steiner) (6). Typický histologický obraz *plaques opalines* je charakteristický

perivaskulárnou infiltráciou plazmatickými bunkami, ale tento nález nie je špecifický len pre syfilis (7).

Pri belavých vyvýšených léziách v ústnej dutine prichádza diferenciálne diagnosticky do úvahy chronická hyperplastická kandidóza, pri ktorej vznikajú hyperplastické štruktúry, z povrchu ktorých sa dá zotrieť kvasinkový povlak. Ďalej treba odlišiť leukoplakiu, ktorá sa nedá zo sliznice zotrieť a väčšinou ide o solitárne ložisko. Verukózna forma má belavý papilomatózný povrch a pri hmatateľnej infiltrácii spodiny môže už ísť o prechod do invázneho spinocelulárneho karcinómu. Leukoplakia vzniká obvykle po chronickej mechanickej alebo chemickej iritácii. *Lichen ruber planus* na sliznici ústnej dutiny spôsobuje belavé ložiská s charakteristickou sieťovitou kresbou a okrem slizníc býva postihnutá aj koža. Afty sú okrúhle alebo oválne bolestivé erózie na slizniciach so žltkasto-bielym nestierateľným fibrinóznym povlakom na povrchu, veľkosti do 5 mm, okolie je začervenané.

Leucokeratosis nicotina palati sa vyskytuje na podnebí alebo aj v prechodnej oblasti smerom k mäkkému podnebiu vo forme tuhých sivo-belavých plochých uzlíkov. Na povrchu sú miestami prítomné bodkovité začervenania, ktoré zodpovedajú vyústeniu hlienových žliaz. Ochorenie postihuje silných fajčiarov. *Naevus spongiosus albus mucosae* je zriedkavé biele špongiovité zhrubnutie sliznice ústnej dutiny a niekedy aj anu alebo vagíny. Vzniká od narodenia alebo v mladosti obvykle s familiárnym výskytom, ale sú opísané aj izolované prípady (3).

Liekom prvej voľby pri syfilise je penicilín, pokiaľ chýba údaj o precitlivosti. U opisovaného pacienta bola začatá liečba penicilínom v dávke 1,5 mil. j. (Prokain Penicilin G Biotika amp.) intramuskulárne 1-krát denne, po úvodnej premedikácii celkovým kortikosteroidom a antihistaminikom na predchádzanie Jarisch-Herxheimerovej reakcii. Na siedmy deň liečby belavé povlaky v ústnej dutine ustúpili. Histologické vyšetrenie sme nerealizovali. Pacient bol preliečený po dobu 10 dní prokainbenzylpenicilínom

1,5 mil. j. intramuskulárne 1-krát denne a na 11. deň bol podaný depotný penicilín v dávke 2-krát 1,5 mil. j. intramuskulárne (Pendepon compositum 2 amp.). Hospitalizácia bola z dôvodu obavy z predčasného opustenia kliniky skrátená z obvyklých 14 dní na 11 dní. Po prepustení sa pacient hlásil v dispenzárnem centre pohlavných chorôb, bol bez prejavov ochorenia syfilisu na koži a viditeľných slizniciach a reakcie RPR a TPHA mali pol roka po liečbe zatiaľ stále pozitívitu +++. Na kontrolné odbory rok po liečbe sa pacient v dispenzárnem centre nedostavil.

Záver

Diagnózu syfilisu treba brať do úvahy pri akýchkoľvek patologických prejavoch na sliznici ústnej dutiny. Nález slizničných plakov zároveň umožňuje stanoviť štádium tohto ochorenia, a preto by vyšetrenie ústnej dutiny pri podozrení na syfilis nemalo chýbať.

Literatúra

1. Compilato D, Amato S, Campisi G. Resurgence of syphilis: a diagnosis based on unusual oral mucosa lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009; 108 (3): 45–49.
2. Stepanova A, Marsch WCH. Plaques opalines: a rare form of secondary syphilis of the oral mucous membrane. *Hautarzt* 2006; 57(6): 514–517.
3. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH. Dermatológia a venerológia 1. vyd. Martin, Osveta 2001: 119–126.
4. Cummings MC, Lukehart SA, Marra C et al. Comparison of methods for the detection of treponema pallidum in lesions of early syphilis. *Sex Transm Dis* 1996; 23 (5): 366–369.
5. Lautenschlager S. Diagnosis of syphilis: Clinical and laboratory problems. *JDDG* 2006; 4 (2): 1058–1074.
6. Engelkens HJ, Ten Kate FJ, Vuzevski VD et al. Primary and secondary syphilis: a histopathological study. *Int J STD AIDS* 1991; 69 (2): 280–284.
7. Pandhi RK, Singh N, Ramam M. Secondary syphilis: a clinico-pathologic study. *Int J Dermatol* 1995; 34 (4): 240–243.

MUDr. Lucia Kolláriková

Dermatovenerologická klinika LF UK a UNB

Mickiewiczova 13, 813 69 Bratislava
luciaslov@yahoo.com



Pavel Klener et al.: VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ

Čtvrté, přepracované a doplněné vydání

Již čtvrté vydání úspěšné monografie shrnuje kromě základních poznatků z vnitřního lékařství též aktuální informace, o něž byly všechny jeho podobory v posledních letech obohaceny. Text je určen především ke studiu postgraduálnímu, ale nepochybně bude jako u předchozích tří vydání sloužit i studentům medicíny. Je členěn tradičním způsobem do dvou částí – obecné a speciální. Obecná část zahrnuje informace přesahující jednotlivé disciplíny vnitřního lékařství. Kapitoly speciální části představují vnitřní choroby podle jednotlivých interních podoborů; doplněny jsou o nejnovější údaje jak z oblasti diagnostiky, tak i moderní léčby.

Galén, 2011, 1174 s. – Čtvrté, přepracované a doplněné vydání, ISBN 978-80-7262-705-9 (Galén)
a ISBN 978-80-246-1986-6 (Karolinum)

Objednávajíte na: Galén, spol. s r.o., Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5, tel. 257 326 178, fax 257 326 170,
e-mail: objednavky@galen.cz



www.galen.cz