

Kongenitalni Sifilis

Napisao Prof. dr Bogdan Zrnić, spec. dermatovenerolog

utorak, 10 februar 2015 01:00 - Poslednje ažurirano utorak, 10 februar 2015 23:50



Ovo oblik sifilisa koji nastaje u toku graviditeta prenošenjem infekcije transplacentarno sa oboljele majke na dijete. Kongenitalni sifilis javlja se u sesnaestoj nedjelji gestacije (vrijeme pojave ranih manifestacija fetalne imunokompetentnosti).

Pošto infekcija nastaje hematogenim putem, nema primarnog afekta, tako da kliničke manifestacije odgovaraju kasnijim stadijumima sifilisa.

Infekcija majke u ranoj trudnoći može dovesti do smrti fetusa in utero i izazvati spontani pobačaj. Kongenitalni sifilis se manifestuje kao: 1. rani (do druge godine života), i 2. kasni (u drugoj godini ili kasnijim godinama).

- Rani kongenitalni sifilis (*Syphilis congenitalis praecox*)

Promjene na koži nastaju u prvih šest mjeseci života. Odgovara II stadijumu stečenog sifilisa.

Kožne promjene su u vidu psorijaziformnih papuloskvamoznih papula bakarne boje na udovima, posebno dlanovima i tabanima, često uz veće bule bogate TP (pemphigus syphiliticus).

Ove promjene su vrlo infektivne. Hochsingerovi infiltrati su zagasito crvene ploče, nejasnih ivica, smještene peribukalno, na čelu, perigenitalno, na dlanovima i tabanima. Iza ovih infiltrata zaostaju radijalne brazde na gornjoj usni (Parrotove strije).

Između druge i seste nedjelje po rođenju razvijaju se promjene na sluzokožama u vidu eritema, edema i erozija karakteristično na nosnoj sluzokoži sa serohemoragičnim sekretom neprijatnog mirisa (rhinitis syphilitica - coryza syphilitica).

Na kapilicijumu je prisutna pojava malih alopecičnih polja ili totalne alopecije sa nedostatkom obrva i trepavica. Postoji inflamacija oko noktiju i trofički poremećaji na noktima.

Na kostima se razvija osteochondritis syphilitica, koji zahvata duge kosti, rebra i bazalne falange prstiju. RTG pregledom zapaža se epifizeoliza na granici dijafize i epifize kosti usljed usporenog procesa okoštavanja. Dolazi do razvoja otoka i bola u zglobovima. Moguće su i promjene na unutrašnjim organima. Generalizovana limfadenopatija je rjeđa nego kod odraslih.

Za postavljanje dijagnoze uzima se heteroanamneza, klinički pregled, nativni mikroskopski pregled na TP u tamnom polju, DIF test, reaktivnost treponemskih seroloških testova, pri čemu je najvažnija reaktivnost FTA-ABS 19 S- IgM serološkog testa, kojim se dokazuje prisustvo infekcije sa TP kod novorođenčeta, odnosno da prisutna anti-TP antitijela nisu pasivnog porijekla od majke.

Ako gledamo diferencijalno dijagnostički oboljenje podsjeća na neonatalni pemfigus i pelenski dermatitis.

- Kasni kongenitalni sifilis (Syphilis congenitalis tarda)

Ovaj oblik luesa nastaje nekoliko godina po rođenju (od treće do tridesete godine, rjeđe od pete do sesnaeste godine života).

Kod 60% pacijenata ovaj oblik sifilisa može biti latentan i jedino se dobrom epidemiološkom anketom u najbližoj porodici može odvojiti od stečenog sifilisa.

Promjene na koži i sluzokožama odgovaraju onima kod III stadijum stečenog veneričnog sifilisa. Promjene na kostima su posljedica guma.

Među najčešće promjene se ubrajaju periostitisi tipa "sabljastae tibije", zadebljanje medijalnih krajeva klavikula, zadebljala i konkavna medijalna ivica skapule. Sinovitis oba zgloba koljena nastaje akutno, nestaje spontano.

Promjene na očima se ispoljavaju suženjem, fotofobijom, bolom (keratitis interstitialis). Bilateralni neurolabirintitis počinje vertigom, sa razvojem perceptivne gluvoće (lezija VIII kranijalnog nerva).

Može doći do razvoja neurosifilisa, ali se rijetko javlja kardiovaskularni sifilis. Sifilisna stigmata su ireverzibilne promjene kao posljedica postojanja pojedinih kliničkih znakova u toku ranog ili kasnog kongenitalnog luesa: Parrotove strije, frontalna ispupčenja čela, gotsko nepce. Hutchinsonov trijas čine: Hutchinsonovi zubi, intersticijalni keratitis i neurolabirintitis.

Serološki testovi za identifikaciju TP

Razlikuju se netreponemski testovi, klasične serologije, i specifični, treponemski testovi. U netreponemske testove se ubrajaju: reakcija vezivanja komplementa (RVK ili Bordet-Wassermannova reakcija) i flokulacioni testovi (VDRL i dr.).

Kongenitalni Sifilis

Napisao Prof. dr Bogdan Zrnić, spec. dermatovenerolog
utorak, 10 februar 2015 01:00 - Poslednje ažurirano utorak, 10 februar 2015 23:50

U treponemske testove, koji detektuju specifična antitijela, ubrajaju se:

- test imobilizacije TP (TPI),
- TP hemaglutinacioni test (TPHA),
- fluorescentni test na antitreponemska antitijela – absorbciona modifikacija (FTA-ABS),
- posebno 19 S IgM - FTA - ABS test (otkriva IgM antitijela) za detekciju ranog kongenitalnog luesa kod novorođenčadi.

Lažno pozitivne serološke reakcije. Akutni uzroci ovih reakcija (postaju nereaktivni u toku 6 mjeseci) su: antivariolična vakcinacija, infekcije enterovirusima, mycoplasma pneumoniae, infektivna mononukleoza, trudnoća, TBC, malaria, virusna pneumonija, narkomanija.

Hronični uzroci (pozitivnost traje duže od 6 mjeseci) ovih reakcija su: starenje, lepra, SLE, reumatoidni artritis, antifosfolipidni sindrom. Kod postojanja herpes virus infekcije na genitalijama - lažno su pozitivni ponekad i treponemski testovi.

Lijecenje ovog oboljenja je u domenu dermatovenerologa.

Infekcija CMV je rasprostranjena širom svijeta, posebno u sredinama sa lošim socijalnoekonomskim uslovima, a zavisi i od uzrasta, te seksualne aktivnosti. Serološka ispitivanja su pokazala da je ova bolest veoma česta, naročito u svom asimptomatskom obliku. Ispitivanja su pokazala da preko 60% odrasle populacije ima antitijela na CMV.

CMV se prenosi direktnim kontaktom sa osobe na osobu, najčešće preko sluzokože, ili preko izlučevina organizma. Najčešće se prenosi seksualnim putem te je prevalencija CMV-antitijela veća u mlađih osoba sa većom seksualnom aktivnošću, prostitutki, homoseksualaca i direktno je proporcionalna broju seksualnih partnera.

U odraslih osoba, pa i trudnica, bolest je u pravilu asimptomatska, što većinom otežava pravovremenu dijagnozu, a kliničke manifestacije postnatalne CMV infekcije zavise od uzrasta i imunološkog stanja organizma.

Primarna CMV infekcija odraslih osoba može biti slična infektivnoj mononukleozi, a u težim slučajevima se javljaju komplikacije kao što su hepatitis (povećan nivo serumskih transaminaza i hiperbilirubinemija), intersticijalna pneumonija, miokarditis, meningitis i meningoencefalitis. Infekcije CMV-om mogu biti praćene trombocitopenijom, neutropenijom i leukopenijom.

Pojavi diseminovanih i teških oblika CMV infekcije, sa zahvaćanjem i CNS-a, pogoduje imunosupresija (citostatici i dugotrajna primjena kortikosteroida, drugi imunosupresivni lijekovi, HIV infekcija).

U ginekologiji su od velikog značaja infekcije ploda, jer mogu dovesti do teških intrauterinih oštećenja. Kongenitalna CMV infekcija može obuhvatiti veliki broj organa, posebno retikuloendotelijalni sistem i CNS. Od odlučujućeg značaja za težinu oštećenja ploda je gestacijska starost prilikom infekcije, jer je dokazano da su teže oštećena djeca kod kojih se infekcija javi ranije u trudnoći. Simptomatski oblik CMV infekcije ima oko 10% kongenitalno inficiranih plodova.

Ukoliko se infekcija sa majke na plod prenese transplacentarno može dovesti do tzv. "CMV inkluzione bolesti".

Znakovi neonatalne bolesti su mikrocefalija, usporenje rasta, hepatosplenomegalija, horioiretinitis, cerebralne kalcifikacije, anemija, hemoragična dijateza s trombocitopenijom i slično. Ako dijete preživi, mogu ostati smetnje vida i razne mentalne posljedice.

Hepatomegalija se javlja u oko 75% inficirane djece, splenomegalija kod skoro svih kongenitalnih infekcija, a žutica je čest simptom, prisutan već pri rođenju ili se javlja postnatalno. Petehije i purpure se najčešće viđaju s izraženom trombocitopenijom, uglavnom udružene sa hepatosplenomegalijom, a rjeđe su izolovane.

Mikrocefalija se nađe u oko 50% kongenitalno inficirane djece sa simptomatskim oblikom

oboljenja.

Intracerebralne kalcifikacije u periventrikularnim, subependimalnim područjima su skoro siguran znak poremećaja rasta mozga i najpouzdaniji predskazivač psihomotorne retardacije. Može se javiti i hidrocefalus, kao direktna posljedica opstrukcije četvrte moždane komore, a od težih poremećaja kongenitalne CMV infekcije je i mikroftalmija.

Kongenitalne infekcije mogu biti i bez simptoma na rođenju, a manifestuju se kasnije. Perinatalno zaražena djeca (vaginalni sekret, pljuvačka, mlijeko) mogu oboljeti od intersticijalne pneumonije ili hroničnog hepatitisa.

Intrauterini zastoj u fetalnom rastu se sreće u 41%, a prevremeni porođaji u 34% ispitanica sa simptomatskom kongenitalnom fetalnom infekcijom.

Po rođenju ili nakon određenog vremena, tokom razvoja djeteta, može se uočiti niz promjena na očima (horioretinitis, strabizam, atrofija optičkog nerva, sljepilo, retinalna nekroza, katarakta), poremećaji dentacije te senzorineuralna glovoća, koja se smatra najčešćim poremećajem koji prouzrokuje kongenitalna CMV infekcija.

Do oštećenja dolazi u preko 60% kod primarne i u preko 5% kod rekurentne maternalne CMV infekcije. Smatra se da je CMV infekcija najčešći uzrok gluvoće u djetinjstvu, a takođe i psihomotorne retardacije.

Za dokaz CMV-infekcije majke i fetusa se koriste serološka ispitivanja, imunofluorescencija, dokazivanje virusnih antigena u bolesničkom materijalu (urin, cervikalni bris) metodom DNA-hibridizacije te izolacija virusa u kulturi tkiva.

Prenatalna dijagnoza je pouzdana ako se u krvi fetusa otkriju specifična antitijela klase igM. Njihovo prisustvo ukazuje na infekciju ploda, sa velikim rizikom od ozbiljnih oštećenja i razvoju, te takvu trudnoću treba prekinuti.

Ne postoji specifični lijek za CMV infekciju. Pokušaji liječenja sa virostaticima, alfa interferonom i hiperimunim gamaglobulinom nisu dali očekivane rezultate.

Prevenција kod CMV infekcije je kao i kod drugih oboljenja koja se prenose seksualnim putem (kondom, izbjegavanje promiskuitetnog ponašanja).