

Kasuistik

Iskæmisk apopleksi forårsaget af syfilis

Stefan Cobanovic¹, Daniel Kondziella^{2, 3}, Lasse Willer^{1, 3} & Steven Haugbøl¹

1) Neurologisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Nordsjællands Hospital, Hillerød, 2) Neurologisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Rigshospitalet, 3) Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet

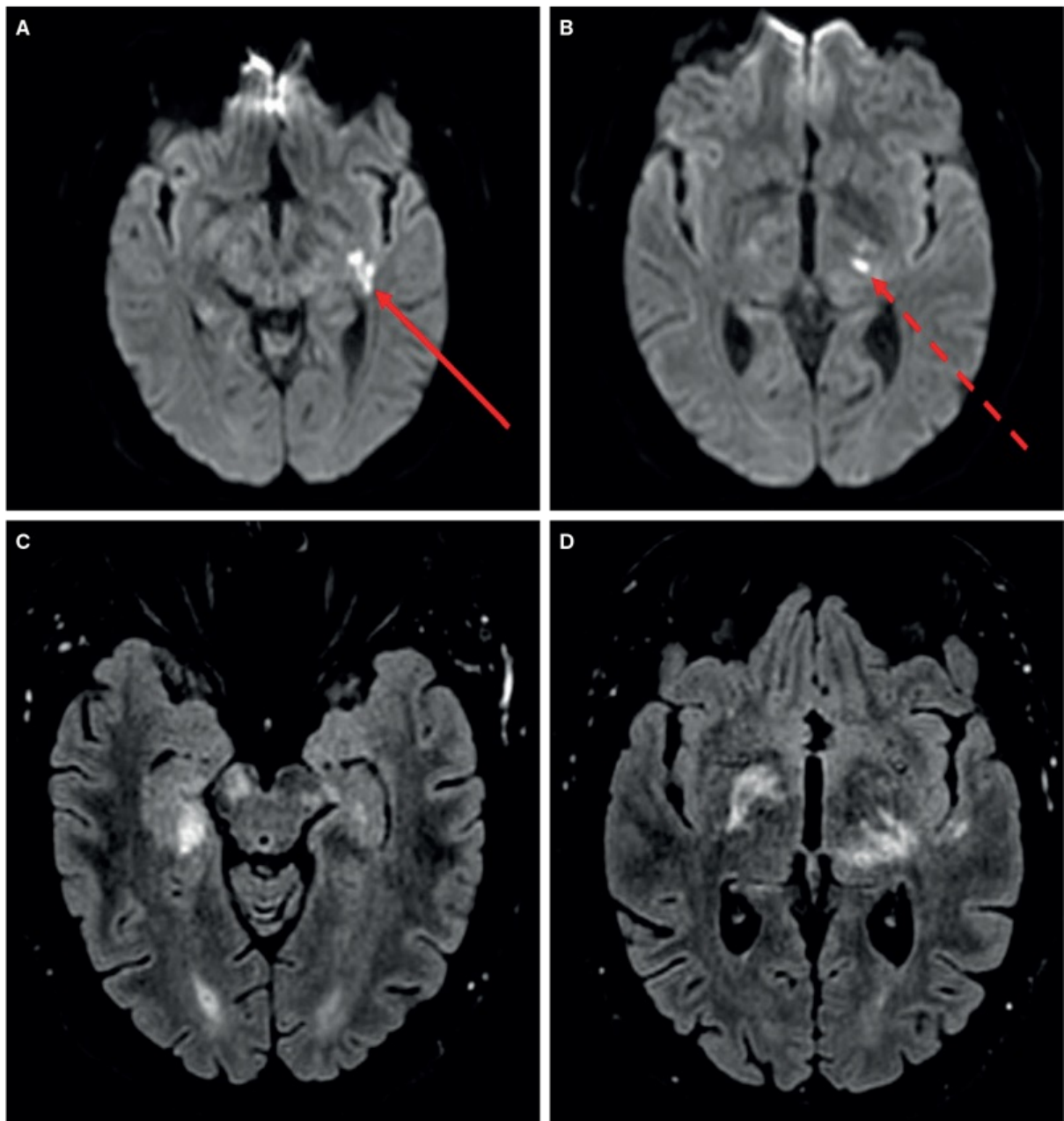
Ugeskr Læger 2024;186:V01240040. doi: 10.61409/V01240040

Syfilis er en seksuelt overført sygdom forårsaget af spirokæten *Treponema pallidum*. Ubehandlet progredierer en infektion med syfilis i fire stadier: latent, primær, sekundær og tertiær syfilis. Patienter med syfilis kan udvikle neurosyfilis i alle stadier [1]. I denne kasuistik rapporterer vi om en midaldrende mand, der som led i meningovaskulær syfilis havde iskæmisk apopleksi.

Sygehistorie

En 44-årig homoseksuel mand, bodybuilder med tidligere forbrug af anabolske steroider, blev indlagt på neurologisk afdeling på mistanke om apopleksi på grund af akut opstået svimmelhed og sensoriske symptomer på venstre side. Patienten blev udredt med normal MR-skanning af cerebrum, ultralydundersøgelse af halskar, CT-angiografi samt telemetri. Grundet symptomerne opstartedes patienten i profylaktisk magnyl. Patientens symptomer remitterede, men i primærsektoren blev han behandlet for jagende hovedpine af moderat intensitet. Fem måneder efter første indlæggelse blev patienten atter indlagt på neurologisk afdeling med akut opstået sensoriske symptomer på højre side (ansigt, arm og ben). MR-skanningen viste friske lakunære infarkter i venstre thalamus og capsula interna samt hyperintense fluid-attenuated inversion-recovery (FLAIR)-signaler i begge hemisfærer (**Figur 1**). Ekkokardiografi var normal, og CT-angiografi af hoved- og halsarterier viste ingen sikre tegn på vaskulitis i centralnervesystemet. Ny ultralydundersøgelse af halskar blev ikke udført. Patienten blev lumbalpunkteret, og undersøgelse af cerebrospinalvæsken viste mononukleær pleocytose med 178×10^6 kerneholdige celler/l og positiv intratekal syfilistest. Meningitis-/encefalitispanel var negativt (PCR for *Escherichia coli* K1, *Haemophilus influenzae*, *Listeria monocytogenes*, *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus agalactiae*, *S. pneumoniae*, cytomegalovirus, enterovirus, herpes simplex-virus 1, herpes simplex-virus 2, humant herpesvirus 6, humant parechovirus, varicella-zoster-virus og *Cryptococcus neoformans/C. gattii*). Intratekale test for *Borrelia*, herpes simplex- og varicella-zoster-virus var negative, og patienten havde negativ hiv-status. Han blev behandlet intravenøst med benzylpenicillin (3 mio. IE \times 4) i fire dage og blev skiftet over til intravenøs indgift af ceftriaxon (2 g \times 1) i ti dage. Kontrol-MR-skanning af cerebrum to måneder efter endt behandling viste regression af tidligere højsignalforandringer centralt i begge cerebrale hemisfærer. Der var fuld klinisk remission.

FIGUR 1 MR-skanning af cerebrum hos patienten i sygehistorien. **A og B.** Diffusion-weighted imaging (DWI)-sekvens med friske lakunære infarkter i venstre capsula interna (pil) og venstre thalamus lateralt (stiplet pil). **C og D.** Fluid-attenuated inversion-recovery (FLAIR) med diffuse, hyperintense signalændringer i højre putamen, højresidig temporallap mesialt samt højre mesencephalon og i mindre grad venstre del af mesencephalon.



Diskussion

Meningovaskulær syfilis er hyppigt associeret med et prodromalt klinisk forløb i uger eller måneder før debut af et vaskulært event [2]. I denne case skyldes begge indlæggelser akut opståede symptomer. Prodromale symptomer ved meningovaskulær syfilis kan dog være milde og uspecifikke [2]. Denne

patient havde forud for den anden indlæggelse haft jagende hovedpine, som nemt kan tillægges anden genese.

De respektive friske infarkter i capsula interna og laterale thalamus korresponderede til de hyppigste prædilektionssteder for meningovaskulær involvering ved syfilis. Hos denne patient antydede de multiple subkortikale flair-forandringer i begge hemisfærer vaskulitis – enten immunmedieret eller betinget af neuroinfektion, hvorfor der efterfølgende blev foretaget lumbalpunktur. Tilstedeværelse af kardiolipinantistoffer er kendt ved syfilis. Patientens seksuelle historik blev eksploreret, og han oplyste, at han var homoseksuel. Set i retrospekt kunne disse oplysninger have bidraget til en større initial mistanke om neurosyfilis [1]. Meningovaskulær syfilis er en sjælden, men fortsat aktuel årsag til iskæmisk apopleksi. Trods den sjældne forekomst bør klinikere altid være opmærksomme på meningovaskulær syfilis som mulig differentialdiagnose, især hos yngre mandlige patienter med stroke uden øvrig oplagt årsag. I sådanne tilfælde bør den akutte udredning suppleres med en lumbalpunktur.

Korrespondance Steven Haugbøl. E-mail: steven.haugboel@regionh.dk

Antaget 15. maj 2024

Publiceret på ugeskriftet.dk 8. juli 2024

Interessekonflikter Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterernes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2024;186:V01240040.

doi 10.61409/V01240040

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Ischaemic apoplexy caused by syphilis

Syphilis is a sexually transmitted disease caused by the spirochaete *Treponema pallidum*. Patients with untreated syphilis can develop meningovascular syphilis at any stage of the disease. This is a case report of a 44-year-old man displaying two instances of acute vertigo and lateralized paraesthesia. MRI showed infarctions in the left thalamus and capsula interna. Subsequent investigations including cerebral spinal fluid analysis revealed a diagnosis of neurosyphilis. The patient was treated intravenously with benzylpenicillin and ceftriaxone with complete clinical remission.

REFERENCER

1. Chow BF. Neurosyphilis. Continuum (Minneapolis Minn) 2021;27(4):1018-1039. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000982>
2. Pezzini A, Gulletta M, Pinelli L et al. Meningovascular syphilis: a vascular syndrome with typical features? Cerebrovasc Dis. 2001;11(4):352-3. <https://doi.org/10.1159/000047667>