

Lymfomsuspekt cervikal lymfadenitis som primær manifestation af sekundær syfilis

Søren Kristian Pedersen¹, Jakob Toftgaard Sjøderberg¹ & Mathias Tiedemann Svendsen²

KASUISTIK

1) Øre-næse-halskirurgisk Afdeling, Sygehus Sønderjylland
2) Hudafdeling og Allergicentret, Odense Universitetshospital

Syfilis er en seksuelt overført infektion, som skyldes spirokæten *Treponema pallidum*. En tidligere sjælden sygdom i Danmark, men i de senere år er der påvist et øget antal tilfælde, især i gruppen af mænd, der har sex med mænd [1].

Her præsenteres en sygehistorie, hvor patienten fik diagnosen sekundær syfilis under udredning for malignt lymfom.

SYGEHISTORIE

En 45-årig tidligere rask mand blev henvist fra egen læge til en øre-, næse-, halskirurgisk afdeling til vurdering af forstørrede lymfekirtler på halsen og i lysken. Han havde haft et utilsigtet vægttab på 10 kg over det seneste halve år som følge af synkebesvær på grund af halsadenitis. Patienten havde ikke andre symptomer, herunder B-symptomer. Han blev ikke udspurgt om seksuelle vaner. Ved en objektiv undersøgelse inklusive fiberlaryngoskopi fandt man, fraset lymfadenitis på halsen og i lysken, intet abnormt. Ved ultralydskanning af halsen blev der påvist malignitetssuspekt lymfeknudekonglomerat. Hæmatologisk screening viste normale forhold. Ved finnålsaspiration fra en cervikal lymfeknude blev der påvist kronisk inflammation uden tegn på malignitet. Der blev

ikke foretaget sølvfarvning af præparatet. Efterfølgende fik patienten foretaget eksstirpation af en af glanderne på halsen. Den histologiske undersøgelse viste follikulær hyperplasi af svær grad uden tegn på lymfom eller karcinom (Figur 1). Behandlingen blev afsluttet hos patientens egen læge.

På grund af fornyet lymfadenitis blev patienten genhenvist. Denne gang oplyste han direkte adspurgt, at han havde haft seksuel risikoadfærd med en tilfældig mandlig kontakt otte måneder tidligere. Patienten fik derfor foretaget udvidet serologisk undersøgelse for syfilis. Denne gav positivt resultat og viste: Wassermanns reaktion = styrkegrad 8, *rapid plasma reagin* = 128 dilution, antinflagel-immunglobulin (Ig)G = styrkegrad 10, antinflagel-IgM = styrkegrad 6 og fluorescens-antitreponemale antistoffer af IgG- og IgM-type 2+.

Der blev udført serologiske undersøgelser for toksoplasmose, mononukleose, *cat-scratch disease* og hiv. Alle undersøgelser bortset fra syfilisserologi var negative.

Patienten blev henvist til en dermatologisk-venereologisk afdeling, hvor resultaterne af de kliniske undersøgelser og serologi samlet blev tolket som sekundær syfilis. Patienten blev med god klinisk respons behandlet med 2,4 MIE benzathinpenicillin givet intramuskulært.

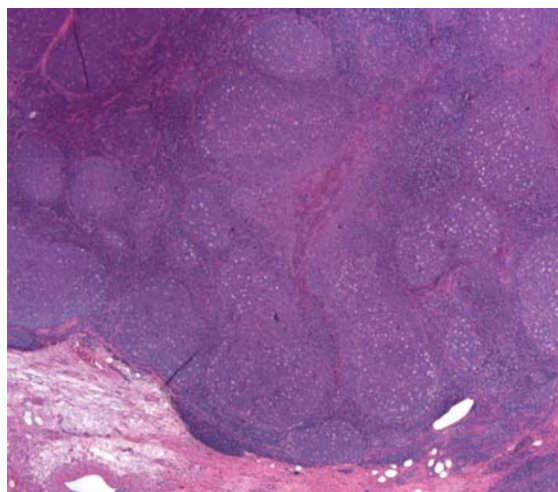
DISKUSSION

På øre-næse-halskirurgiske afdelinger modtager man patienter til udredning for forstørrede lymfekirtler på halsen. Årsagen er oftest en infektion i de øvre luftveje, men differentialdiagnostisk kan årsagerne være mange, herunder andre infektiøse tilstande som mononukleose, *cat-scratch disease* og granulomatøse lidelser som sarkoidose [2]. Andre vigtige årsager er lymfom eller metastase fra et karcinom, typisk med primærtumor i hoved-hals-området. Glandeleksstirpation i generel anæstesi til histologisk undersøgelse kan være et nødvendigt diagnostisk indgreb, da finnålsaspiration kan være inkonklusiv specielt ved lymfomdiagnostik. Det er dog et potentielt risikabelt indgreb med risiko for blødning, pareser og infektion i operationsåret.

Symptomerne på sekundær syfilis er mangear-

FIGUR 1

Lymfeknude med svær follikulær hyperplasi. Hæmatoxylin- og eosin-farvet. Venligst udlånt af Patologisk Afdeling, Sygehus Sønderjylland.



tede. Typisk ses makulopalpuløst hududslæt og generaliseret lymfadenitis som hos vores patient. Men der kan også ses bl.a. alopeci, gastrointestinale og muskuloskeletale symptomer, uveitis samt neurologiske symptomer.

Cervikal lymfadenitis ses også ved primær syfilis, der er defineret som tilstedeværelsen af chanker som primærlæsion og regional lymfadenitis [3]. Manifestationer af chanker i hoved-hals-området er rapporteret hyppigst på læberne, men der er fundet chanker i mundhulen, næsen og pharynx, herunder tonsillæsioner [4]. Primærlæsionen findes ikke altid, enten på grund af opheling eller fordi den forefindes et sted, der ikke er umiddelbart tilgængeligt for objektiv øre-næse-hals-undersøgelse. Hvis den findes, kan der foretages skrab til mørkefeltmikroskopi eller polymerasekædereaktion for syfilis. Mistanken rejses ved anamneseoptagelse med udspørgen til seksuel adfærd.

Hvis der har fundet risikoadfærd sted eller er samtidig tilstedeværelse af læsioner hos en patient med lymfadenitis, bør der foretages biokemisk screening for syfilis i form af udvidet syfilisserologi [5], li-

gesom der i forlængelse af finnålsaspirat bør foretages sølvfarvning af præparatet.

KONKLUSION

Vi har omtalt en tidligere rask, biseksuel mand, der under udredning for malignt lymfom fik stillet diagnosen sekundær syfilis. Anamneseoptagelse med spørgsmål om seksuel adfærd og venerologisk undersøgelse ville have ført til hurtigere diagnose og behandling.

KORRESPONDANCE: Søren Kristian Pedersen, Øre-næse-hals-kirurgisk Afdeling, Sygehus Sønderjylland, Sydvang 1, 6400 Sønderborg.

E-mail: Spedersen2@gmail.com

ANTAGET: 24. november 2011

FØRST PÅ NETTET: 20. februar 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Epinyt 2010, nr. 35.
2. Ruhl C. Evaluation of the neck mass. *Med Health R I* 2004;87:307-10.
3. Lyubimir AD, Assen LD. Syphilis: uncommon presentation in adults. *Clin Dermatol* 2005;23:555-64.
4. Pletcher DS, Cheung SW. Syphilis and otolaryngology. *Otolaryngol Clin North Am* 2003;36:595-605.
5. Ikenberg K, Springer E, Bräuninger W et al. Oropharyngeal lesions and cervical lymphadenopathy: syphilis is a differential diagnosis that is still relevant. *J Clin Pathol* 2010;63:731-6.

Syfilis påvist ved screening i graviditeten

Tine Vestergaard & Hans Henning Windeløv Ibsen

Forekomsten af syfilis i Danmark er stigende, og lidelsen findes overvejende hos mænd, der har sex med mænd [1]. Sygdommen kan imidlertid være ved at brede sig ind i den heteroseksuelle danske befolkning og er kasuistisk beskrevet som årsag til dødfødsel i Danmark [2]. Af denne årsag har man siden den 1. januar 2010 tilbudt alle gravide screeningsundersøgelse for syfilis, en praksis, der ellers var ophørt. Undersøgelsen foregår i forbindelse med første graviditetsundersøgelse hos egen læge.

Syfilis inddeles i tidlig og sen fase. Tidlig syfilis omfatter primær, sekundær og tidlig latent syfilis. Sen syfilis omfatter sen latent syfilis og tertiær syfilis (Figur 1). Ved latent syfilis forstås infektion, der er uden kliniske manifestationer og er påvist ved positiv syfilisserologi. For en uddybende beskrivelse af symptomatologien henvises til kliniske retningslinjer [3].

Vi omtaler to tilfælde fra Region Syddanmark, hvor gravide ved screening er fundet positive for syfilis uden at have symptomer. Ved screening af gravide

i Region Syddanmark måles treponemale (specifikke) antistoffer ved en fuldautomatisk kemiluminescens *immunoassay*-teknik (enten Architect/Abbott eller LIAISON/DiaSorin).

Denne analyse kan være »falsk positiv«, og man kan ikke skelne mellem aktiv og tidligere behandlet infektion. Derfor skal et positivt prøvesvar af- eller bekræftes ved en serologisk specialundersøgelse, som varetages af Statens Serum Institut. Her måles både nontreponemale antistoffer: Wassermanns reaktion (WR), *rapid plasma reagin* (RPR) og treponemale antistoffer: antitragel Ig (immunglobulin)-M og IgG (AF-M og AF-G) og fluorescerende *Treponema*-antistof-test (FTA-ABS).

SYGHESTORIER

I. En 30-årig etnisk dansk kvinde fik i 16. graviditetsuge påvist positiv screening for treponemale antistoffer, hvorfor egen læge tog fuld syfilisserologi, som viste WR = 3, RPR = 8, AF-M = 0, AF-G = 6, FTA-ABS

KASUISTIK

Hudafdeling I og Allergicentret, Odense Universitetshospital