

Kongenit syfilis hos en baby

Tina Lund Leunbach¹, Uffe Koppelhus² & Lars Bender¹

KASUISTIK

1) Børneafdelingen, Aalborg Sygehus, Aarhus Universitets-hospital
2) Dermato-venerologisk Afdeling, Aarhus Universitets-hospital

Incidensen af syfilis i Danmark er stigende, og i 2010 blev der anmeldt 377 tilfælde. Kongenit syfilis (KS) er sjælden, men i takt med stigende incidens blev der i januar 2010 genindført syfilisscreening af gravide [1]. Vi beskriver et tilfælde af KS hos et barn af en kvinde med syfilis i sekundærstadiet.

SYGEHISTORIE

I 2010 fik en 29-årig dansk mentalt retarderet nullipara i graviditetsuge 25 konstateret positivt resultat af syfilisscreening (*Treponema pallidum-haemagglutination-assay*) hos egen læge. På grund af nåleskræk havde hun først henvendt sig sent i graviditeten.

Da hun var i 28 uger + 5 dage blev hun tilset på dermato-venerologisk afdeling. Hun havde et rødbrunt makulopapuløst udslæt med elementer på 5 mm i diameter på truncus og på ekstremiteterne. Syfilisserologien sammenholdt med klinikken var forenelig med syfilis i sekundærstadiet.

Kvinden blev samme dag indlagt på obstetrisk afdeling til behandling med benzylpenicillin, procain 600.000 IE × 1 givet intramuskulært. Under penicillinbehandlingen blev fosteret overvåget med kardiotokografi (CTG) på grund af risiko for toksinudløste kontraktioner. Efter første penicillindosis blev CTG-

kurven påvirket, og der var mistanke om nedsat cerebral blodgennemstrømning. Derfor blev barnet efter få timers betamethasondækning forløst ved sectio i uge 28 + 5 dage.

Drengen fik apgarscore 4/1, 9/5 og 10/10. Fødselsvægten var 1.320 g, og længden var 39 cm. Han havde hepatomegali og et 5 mm hvidt område på højre fodsål. De første blodprøver (Tabel 1) viste en C-reaktivt protein-koncentration på 191 mg/l, en hæmoglobin-koncentration på 6,4 mmol/l, og en pH på 7,09 med overvejende metabolisk acidose.

Drengen fik penicillin, 80.000 IE × 2 givet intravenøst og to blodtransfusioner. Som forventet for alderen havde han behov for *continuous positive airway pressure* (CPAP), men hans tilstand blev tiltagende iltkrævende. Han fik phospholipidfraktion, der havde god effekt.

På grund af svær hypoglykæmi fik drengen intravenøst givet glukose 10%. Tolv timer gammel fik han blå mærker på ekstremiteterne. Han havde samtidig trombocytopeni og fik trombocyttransfusion.

Bilirubinkoncentrationen steg hurtigt (Tabel 1). Man forsøgte behandling med dobbeltlys og immunglobulin. På grund af kontinuær bilirubinstigning blev der senere udført udskiftningstransfusion.

Der blev ikke fundet forandringer i retina eller knogler. Det lave trombocytantal forhindrede diagnostisk spinalpunktur.

Drengen fik penicillin i 15 dage og kom sig på intensiv behandling. Han blev overflyttet til stamsygehuset, da han var fem uger gammel, hvorfra han kunne udskrives efter tre uger.

Ved korrigeret etårskontrol var drengens psykomotoriske udvikling alderssvarende og fremadrettet. Løbende kontrol af de diagnostiske test har ikke vist tegn på syfilisinfektion (Tabel 2).

DISKUSSION

Drengen havde klassiske symptomer på KS ved fødslen, og syfilisserologien var fuldt forenelig med infektion i sekundærstadiet.

Kun ca. en tredjedel af nyfødte med KS har symptomer ved fødslen. Der kan ses hydrops, vækstretardering, lymfadenopati, anæmi og trombocytopeni, hvilket kan resultere i hepatosplenomegali, konjugeret hyperbilirubinæmi, palmoplantart udslæt, persistente rinitis og nekrotiserende funisitis. De fleste får



TABEL 1

Barnets blodprøver med referenceintervaller (RI).

	Tidspunkt for prøvetagning, timer efter fødslen				Referenceinterval
	½	4	10	25	
C-reaktivt protein, mg/l	191		209		< 10
<i>International rationalized ratio</i>		1,4			
Hæmoglobinkoncentration, mmol/l	6,4	7,9	9,1	9,2	9,1-14,9
Trombocytter × 10 ⁹ /l			13		140-400
Leukocytter × 10 ⁹ /l	21,0				5,5-19,3
Glukose, mmol/l	2,1	< 0,5	5,0	4,9	
Albumin, g/l	19				
Laktatdehydrogenase, E/l		1.022			125-765
Alanintransaminale, E/l		34			1-40
Basisk fosfatase, E/l		530			65-270
Bilirubiner, mikromol/l		95	196	293	
Bilirubin (konjugeret), mikromol/l				83	
Bilirubin (ukonjugeret), mikromol/l				210	



TABEL 2

Barnets syfiliserologi sammenholdt med referenceintervaller for syfilis i sekundærstadiet.

	Tidspunkt for prøvetagning				Referenceinterval
	nyfødt	2 mdr.	4 mdr.	7 mdr.	
Wassermanns reaktion, styrkegrad	15	0	0	0	8-15
Rapid plasma reagin, dilution	16	4	0	0	4-256
Antiflagel IgG, styrkegrad	10	6	0	0	6-16
Antiflagel IgM, styrkegrad	4	0	0	0	0-8
FTA-ABS, fluorescensstyrke	K3 plus	K3 plus	K1 plus	0	0-4

FTA-ABS = fluorescent *treponemal antibody*-absorption; Ig = immunglobulin; K = IgG og IgM

treponemale test (Wassermanns reaktion og RPR) er reaktive ved 18-måneders-alderen, må man gentage udredning og fortsat have mistanke om KS [5].

KORRESPONDANCE: Tina Lund Leunbach, Børneafdelingen, Aalborg Sygehus, Reberbansgade 15, 9000 Aalborg. E-mail: kristiansen_tina@hotmail.com

ANTAGET: 14. juni 2012

FØRST PÅ NETTET: 5. november 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Overvågning og forebyggelse af smitsomme sygdomme. EPI-NYT uge 35a – 2011.
2. Chakraborty R, Luck S. Syphilis is on the increase: the implications for child health. Arch Dis Child 2008;93:105-9.
3. Follett T, Clarke DF. Resurgence of congenital syphilis: diagnosis and treatment. Neonatal Netw 2011;30:320-8.
4. Vestergaard P, Ibsen HHW. Syfilis hos gravide. Ugeskr Læger 2012;174:1371-3.
5. Herremans T, Kortbeek L, Notermans DW. A review of diagnostic tests for congenital syphilis in newborns. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2010;29:495-501.

symptomer inden tremånedersalderen, men KS kan være latent og vise sig sent i barneårene i form af kroniske forandringer, herunder knogle- og bruskdefekter, bindevævsabnormiteter og Hutchinsons triade (interstitiel keratitis, Hutchinsons tænder og døvhed) [2].

Rutinescreening for syfilis af alle gravide er velbegrunderet i den stigende incidens. Jo kortere tid mellem smittetidspunkt og graviditet, des større er risikoen for transmission til fosteret. Transmission sker oftest transplacentalt. Jo tidligere i graviditeten moderen behandles, desto bedre er prognosen for barnet. Risikoen for præmaturitet, *small for gestational age*, hydrops og død hos fosteret er størst, hvis den gravide er ubehandlet [3].

KS anbefales behandlet med intravenøs injektion af benzylpenicillin 150.000 IE/kg/dag, fordelt på seks daglige doser i 10-14 dage [4].

Diagnosen af KS beror primært på påvisning af antiflagel immunglobulin (Ig)M (AF-M) hos barnet, idet kun maternelle IgG-antistoffer kan overføres passivt. Hvis lumbalpunktur er mulig, bør barnet udredes med fuld syfilisundersøgelse af cerebrospinalvæske (Tabel 2). Selv hvis en sikker diagnose ikke kan stilles hos et barn af en mor, der har fået en sikker syfilisdiagnose under graviditeten, bør barnet behandles for KS [5].

Den kognitive udvikling bør følges hos børn med KS, og de bør undersøges med serologi i mindst en-, to-, tre-, seks- og 12-måneders-alderen. Ved effektiv behandling forventes IgM- og *rapid plasma reagin* (RPR)-niveauerne at være umålelige ved seksmånedersalderen. Ved en eller flere positive treponale test efter 18 måneder er dette diagnostisk for persistente KS, og behandlingen må gentages. Hvis de ikke-