

Neurosyfilis som differentialdiagnose i psykiatri

Rikke Maria Nielsen¹ & Elena Sadovina²

KASUISTIK

1) Medicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus
2) Psykiatrisk Afdeling, Slagelse Sygehus

Ugeskr Læger
2017;179:V04170280

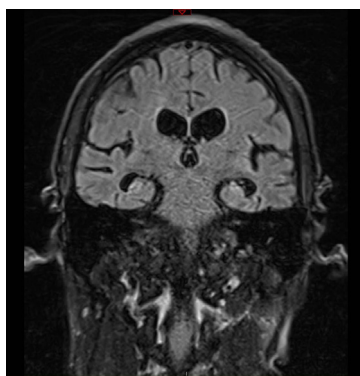
Syfilis er en seksuelt overført sygdom, som i mange år har været betragtet som yderst sjælden i Danmark. I midten af 1990'erne var syfilis stort set udryddet herhjemme, men i det nye årtusinde har incidensen været kraftigt stigende, og i 2015 registrerede man på Statens Serums Institut 777 tilfælde af ny erhvervet syfilis [1]. Forekomsten af syfilis er mest udbredt blandt mænd, der har sex med mænd, men stigningen ses også blandt heteroseksuelle mænd og kvinder, og en betydelig del af de smittede har samtidig hiv [2]. Uden behandling udvikler ca. en tredjedel tertiær syfilis, som hos nogle få procent manifesterer sig som neurosyfilis. Tertiær syfilis ses dog sjældent i den vestlige verden [3].

Neurosyfilis kan manifestere sig i form af psykiatriske symptomer, som det er tilfældet i følgende sygehistorie.

SYGEHISTORIE

En 46-årig tidligere rask mand fik i foråret 2016 persecutoriske vrangforestillinger og konsulterede en privatpraktiserende psykiater, som ordinerede antipsykotisk medicin. En CT af cerebrum viste let central og kortikal atrofi. På trods af antipsykotikabehandlingen forværredes de psykotiske symptomer, og han blev i oktober 2016 indlagt på en psykiatrisk afdeling. Her observerede man begyndende parkinsonistiske træk, tiltagende hukommelsessvækkelse og påvirket kognition, især hvad angik orientering, koncentrationsevne, skrivefærdighed og visuospatial konstruktion. Der blev fundet normale værdier i blodprøver (Tabel 1), og ved neuro-

Ejendommelig, ikke alderssvarende atrofi og begyndende mesotemporal sklerose. Gliotiske forandringer i corpus callosum hovedsagelig splenium, hvilket ikke forventes i patientens alder.



logisk undersøgelse fandt man kun lette balanceproblemer og let rigiditet i armene.

Patienten blev tre gange henvist til neurologer, hvor der ikke blev fundet overbevisende neurologiske udfaldssymptomer. Symptomerne blev således tilskrevet hans psykiatriske tilstand samt lette ekstrapyramidale bivirkninger af antipsykotika, og det blev vurderet, at han formentlig var begyndende dement.

Efter tre måneders indlæggelse sås yderligere tab af kognitive funktioner på trods af seponering af antipsykotika. Der var altså fortsat manglende diagnostisk afklaring, og der blev rejst mistanke om en infektiøs/inflammatorisk lidelse, hvorfor der blev foretaget en MR-skanning af cerebrum samt lumbalpunktur.

Overvejede differentialdiagnoser var bl.a. autoimmun encefalitis, Creutzfeldt-Jacobs sygdom, *Lewy body*-demens og Huntingtons sygdom. Lumbalpunkturen viste forhøjede niveauer af leukocytter og protein, og der blev taget prøver til diverse serologiske og virologiske undersøgelser (Tabel 1).

Der blev fundet positiv Wassermanns reaktion (WR), *rapid plasma reagin* (RPR) og fund af *Treponema pallidum*-antistof. Prøverne var således forenelige med neurosyfilis. Patienten blev overflyttet til en infektionsmedicinsk afdeling og sat i relevant antibiotisk behandling.

Han har ikke kunnet redegøre for symptomer på tidlige stadier af syfilis, og smitekilden er ukendt. Han er heteroseksuel og har ud over længere forhold kun haft enkelte seksuelle kontakter. En hiv-test var negativ. Chancerne for genoprettelse af hans kognitive funktion vurderedes at være ringe pga. den sene diagnosticering og uoprettelige skade på hjernen.

DISKUSSION

Neurosyfilis er en sjælden og vanskelig diagnose, og konsekvensen af sen udredning og diagnosticering kan være alvorlig.

Ovenstående sygehistorie illustrerer vigtigheden af at udelukke organisk lidelse som årsag til nyopståede psykiatriske symptomer. I dette tilfælde fik patienten psykose, og først sent i forløbet tilkom de tiltagende kognitive funktionstab, som gav anledning til revurdering af diagnosen. Ligeledes vanskeliggjordes diagno-

TABEL 1

	Prøveværdi			Referenceværdi	Prøvesvar.
	patient	1. måling	2. måling		
<i>Blodprøver, demenspakke</i>					
Hb, mmol/l	8,5	-	-	8,3-10,5	
Middelcelle-Hb, mmol/l	20,5	-	-	19,7-22,2	
HbA _{1c} , mmol/mol	37	-	-	31-44	
Erytrocytvolumen, middel, fl	87	-	-	82-98	
Erytrocytter, × 10 ¹² /l	4,8	-	-	4,2-5,7	
Monocyter, × 10 ⁹ /l	0,42	-	-	0,2-0,7	
Eosinofilytter, × 10 ⁹ /l	0,17	-	-	< 0,5	
Metamyelo- + myelo- + promyelocyter, × 10 ⁹ /l	0,0	-	-	< 0,1	
Basofilytter, × 10 ⁹ /l	0,04	-	-	0,01-0,10	
Leukocyter, × 10 ⁹ /l	6,6	-	-	3,5-8,8	
Neutrofilocyter, × 10 ⁹ /l	4,89	-	-	2,00-7,00	
Glukose, mmol/l	5,2	-	-	2,9-8,3	
Glukose, middel, fra HbA _{1c} , mmol/l	6,3	-	-	5,4-7,3	
Kalium, mmol/l	3,6	-	-	3,5-4,6	
Natrium, mmol/l	142	-	-	137-145	
Kreatinin, nmol/l	99	-	-	60-105	
Albumin, g/l	41	-	-	36-45	
Calcium, albuminkorrigeret, mmol/l	2,40	-	-	2,17-2,47	
C-reaktivt protein, mg/l	< 2,9	-	-	< 8	
Tyrotropin, mE/l	0,42	-	-	0,3-4,0	
Kolesterol, total, mmol/l	4,0	-	-	3,3-6,9	
Kolesterol, HDL, mmol/l	1,3	-	-	0,8-2,1	
Kolesterol, LDL, mmol/l	2,4	-	-	1,4-4,7	
Triglycerider, mmol/l	0,6	-	-	0,50-2,60	
Alanintransaminase, E/l	33	-	-	10-70	
Basisk fosfatase, E/l	73	-	-	35-105	
Laktatdehydrogenase, E/l	165	-	-	105-205	
Bilirubiner, nmol/l	8	-	-	5-25	
Koagulationsfaktor II + VII + X	1,0	-	-	0,8-1,2	
Folat, nmol/l	19	-	-	> 6,0	
B ₁₂ -vitamin, pmol/l	191	-	-	150-800	
Afvigende værdier:					
Lymfocyter, × 10 ⁹ /l	1,06	-	-	1,3-3,5	
Trombocyter, × 10 ⁹ /l	407	-	-	145-390	
<i>Prøvesvar, cerebrospinalvæske</i>					
Glukose, mmol/l	-	2,4	2,5	2,2-3,9	
Laktat, mmol/l	-	-	1,9	-	
Erytrocyter, × 10 ⁹ /l	-	< 1	< 1	< 1	
Afvigende værdier:					
Albumin, mg/l	-	-	509	100-370	
IgG, mg/l	-	-	723	8,0-40,0	
Ig, oligoklonale bånd	-	-	Påvist	-	
Leukocyter, mononukleære, × 10 ⁶ /l	-	35	34	< 3	
Leukocyter, polynukleære, × 10 ⁶ /l	-	4	2	< 3	
Leukocyter, total, × 10 ⁶ /l	-	39	36	< 3	
Protein, g/l	-	1.413	1.340	150-450	
IgG/albumin-ratio	-	-	- 4,48	< 0,60	

FORTSÆTTES >>

TABEL 1 FORTSÆTTES

Prøvesvar.

	Prøveværdi			Referenceværdi
	patient	1. måling	2. måling	
<i>Virus-DNA/RNA</i>				
Herpes simplex-virus 1	Ikke påvist	-	-	-
Herpes simplex-virus 2	Ikke påvist	-	-	-
Varicella-zoster-virus	Ikke påvist	-	-	-
<i>Borreliaantistof: intratekal test, spinalvæskeindeks</i>				
IgG	Negativt	-	-	-
IgM	Negativt	-	-	-
<i>Syfilisscreening</i>				
Afvigende målinger:				
Wassermanns reaktion	Positiv	-	-	-
Rapid plasma reagin-test	Positiv	-	-	-

sticeringen af, at symptomerne mistolkedes som bivirkninger af antipsykotika.

En af manifestationerne af neurosyfilis kan være demenslignende symptomer [4]. Patienten i sygehistorien var dog en 46-årig rask mand, hvor debut af demens må betragtes som værende atypisk tidlig. Ved mistanke om præsenil demens bør udredningen intensiveres, da andre nondegenerative og muligt reversible sygdomme kan være årsag til symptomerne [5]. Patienten i sygehistorien blev udredt med blodprøver, som indgår i en »demenspakke« (Tabel 1). I Danmark indeholder denne pakke ikke syfilisscreening (WR og RPR), som anbefales af demensforeninger i andre lande [3].

Med tanke på den stigende incidens af syfilis og diversiteten i symptomerne kunne man overveje, om ikke syfilisscreening burde indgå i demensudredningen i Danmark. Som beskrevet er incidensen af syfilis stigende, og klinisk manifesterer sygdommen sig med symptomer i mange organsystemer. Konsekvenserne af sen diagnosticering kan, som i sygehistorien, være alvorlige, hvorfor opmærksomheden på denne sygdom bør øges hos læger i alle sektorer.

SUMMARY

Rikke Maria Nielsen & Elena Sadovina:

Neurosyphilis as differential diagnosis in psychiatry

Ugeskr Læger 2017;179:V04170280

A 46-year-old previously healthy man was referred to a psychiatric department after debuting with persecutory delusions. He had symptoms of Parkinson's disease as well as a significant impairment of memory and cognitive function. Neurological tests detected discrete balance and rigidity problems. Paraclinical tests were normal, and neurologists explained the symptoms as side effects to the antipsychotic medication. A lumbar puncture showed high concentrations of leukocytes and protein, and syphilis screening was positive. Neurosyphilis often debuts with psychiatric symptoms as seen in this case.

KORRESPONDANCE: Rikke Maria Nielsen. E-mail: rmni@regionsjaelland.dk

ANTAGET: 5. juli 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 4. september 2017

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Statens Serums Institut. Sygdomsleksikon. Syfilis. www.ssi.dk/Service/Sygdomsleksikon/S/Syfilis.aspx (12. maj 2017).
2. Epi-nyt nr. 36, 2016. www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2016/Uge%2036%20-%202016.aspx (12. maj 2017).
3. Dansk Dermatologisk Selskab. Syfilis-guideline, 2012. www.dds.nu/wp-content/uploads/2012/08/Syfilis-guideline.pdf (12. maj 2017).
4. Friedrich F, Aigner M, Fearn N et al. Psychosis in neurosyphilis – clinical aspects and implications. *Psychopathology* 2014;47:3-9.
5. Rosser MN, Fox NC, Mummery CJ et al. The diagnosis of young-onset dementia. *Lancet Neurol* 2010;9:793-806.