

*Egyetemi Gyermekkórház Pozsony, Bőrgyógyászati Klinika  
(klinikavezető: Doc. MUDr. Tibor Danilla, PhD)*

## A syphilis mint diagnosztikus probléma az orvosi gyakorlatban A syphilis as a diagnostic problem in a general medicine

SZÉP ZOLTÁN DR.\*

### ÖSSZEFOGLALÁS

*A syphilis sokféle bőr-, nyálkahártya- és belszervi tünettel járhat. Ezért a diagnosztika a tévedés lehetőségét rejti magában. Mivel a syphilis ismét terjedőben van, a differenciáldiagnosztika során feltétlenül gondolni kell rá a medicina különböző szakágazataiban is. A szerző 10 esetet ismertet, ezen esetek a „téves diagnózisok” típusba tartoznak. Bemutatásukkal szeretnénk felhívni a figyelmet arra, hogy a syphilis szerteágazó tüneteivel különböző szakágazatok orvosainak okozhat diagnosztikus problémát.*

**Kulcsszavak:**  
syphilis - téves diagnózisok - orvosi  
szakágazatok

### SUMMARY

*Syphilis has, a number of skin, mucous membrane and internal manifestations. For this reason there is a possibility of making false diagnosis. Because the syphilis is spreading again, differential diagnostics must be applied in various medical branches. The author presents 10 clinical cases of false diagnoses. We would like to call attention to the fact syphilis with its various manifestations can cause diagnostic problems for physicians of different branches of medicine.*

**Key words:**  
syphilis - false diagnoses - medical  
specializations

A nemi betegségek évszázadok óta az emberiség legsúlyosabb betegségei közé tartoznak. Jelentőségük nemcsak abban áll, hogy a fertőzött beteg egészségi állapotát átmenetileg vagy hosszú távon károsítják, hanem a fejlődő magzatot is veszélyeztethetik. A hosszú kezelés, amely hospitalizációt vagy hosszabb-rövidebb munkaképtelenséget von maga után, a betegre és a társadalomra egyaránt gazdasági terhet ró.

A mai járványügyi helyzetet ezen betegségek ismételt felbukkanása és gyors terjedése jellemzi (3, 12). E nem túl örvendetes trend háttérben térségünk nagyarányú és gyors ütemű politikai-társadalmi változásai állnak, amelyek a „szexuális forradalom”, a növekvő prostitúció és promiszkuitás, az egészséghez való felelőtlen hozzáállás és a fiatal generáció nem megfelelő informáltságával a nemi betegségek terjedésének melegét képezik. A nemi betegségek így nemcsak egészségügyi és mentálhigiénés, hanem társadalmi problémát is jelentenek.

Az egyik legfontosabb nemi betegség a syphilis (lues), melynek nagyarányú ismételt terjedése egész régióinkra jellemző (1, 9, 12). A kezeletlen betegség stádiumokban zajlik, ezen stádiumok tüneteinek az ismerete elengedhe-

telen a helyes és gyors diagnózishoz. A korai diagnózis egyik nagy problémája az orvosok részéről a betegség tüneteinek nem megfelelő ismerete, illetve az, hogy a betegségre nem gondolnak a differenciáldiagnosztikai algoritmus összeállításakor. A diagnosztikát nehezíti, hogy a syphilis rendkívül sokféle bőr-, nyálkahártya- vagy belszervi tünetet okozhat és így különböző betegségeket utánozhat (10). Nemhiába érdemelte ki a „simia morborum” jelzést. A tünetek sokféleségének köszönhetően különböző orvosi szakmák képviselői találkozhatnak vele.

A syphilis diagnózisa az anamnézisen, a klinikai kivizsgáláson, a sötétlátóteres mikroszkópos vizsgálaton és a szerológiai teszteken alapul. Az általunk rutinszerűen használt tesztek az RRR (Rapid Reagin Reaction – a Magyarországon használatos RPR modifikációja, melyet 1961-ben Langer dolgozott ki) és a TPHA (Treponema Pallidum Haemagglutination Assay). A korai syphilis kezelésére (5, 8) nálunk procain benzylpenicillint (Prokain Penicilin G inj. 1,5 mil.IU® – a továbbiakban P-PNC-G) használunk, napi 1,5 mil. egységet, összesen 21 intramuscularis injekció formájában. A Jarisch-Herxheimer reakció kivédésére az első P-PNC-G inj. előtt 30-40 mg Prednison tbl.® adunk.

Az alábbiakban 10 esetet ismertetünk. Az esetek a „téves diagnózisok” típusba tartoznak. Ezen esetek közlésével szeretnénk felhívni a figyelmet a syphilis ismételt terjedésére és a lehetséges diagnosztikai buktatókra.

#### Megjegyzés:

A szerző az esetek észlelése idején a pozsonyi Ruzinov kórház bőrgyógyászati osztályának orvosa volt, ahol az ismertetendő betegeket kezelte.

## Esetismertetések

### 1. eset: a sebész, a fogász és a fül-orr-gégész diagnosztikája

A beteg 30 éves nem dohányzó férfi volt. Az alsó ajak bal oldali részén kemény alapú, fájdalomtalan, felületes fekély keletkezett. Ezt a nyaki és inguinalis nyirokcsomók fájdalomtalan megnagyobbodása, később halványrózsaszín makulózis, nem viszkető exantéma megjelenése követte a törzsön s a végtagokon. Az exantéma jelentkezésekor az ajkon található fekély még jelen volt. A beteg a fent említett tünetek miatt sebész ismerősehez fordult segítségért, aki az előzetes diagnózis megalkotása után konzultált a fogász-sájsebésszel és az otolaryngológussal is. A konzílium végső diagnózisa: az alsó ajak exulcerált spinaliomája (valójában: *ulcus durum syphiliticum*), metasztázisokkal a regionális nyaki nyirokcsomókba (*lymphadenopathia syphilitica*), melyet paraneoplasticus dermatosis kísér (az *exanthema syphiliticum roseola syphiliticum* típusa).

A beteget az onkológiára irányították, de előtte még az exantéma miatt a komplex kivizsgálás keretén belül bőrgyógyászati konzíliumot is kértek. A klinikai kép tankönyvbe illően tipikus volt, és „prima vista” diagnózis felállítását tette lehetővé. Az *ulcus durum* sötétlátóteres vizsgálatának eredménye nem volt meggyőző. A lues szerológia pozitivitása (RRR +++, TPHA +++) megerősítette a diagnózist. Az antibiotikus kezelés hatására a fent említett tünetek gyorsan visszafejlődtek.

### 2. eset: az általános (körzeti) orvos diagnosztikája

A 40 éves nőbetegnél az alsó végtagokat érintő csont- és ízületi fájdalmak jelentkeztek. Emiatt a beteg körzeti orvosát kereste fel, aki Ibuprofen tbl.<sup>®</sup> írt fel a tünetek enyhítésére, melyet „reumának” vélemezte. A beteg panaszait igen intenzív, tompa fájdalomként jellemezte, melyek elsősorban az éjszaka folyamán jelentkeztek és nem enyhültek az analgetikus terápia hatására sem. Ezenkívül diffus effluvium is jól látható volt. Az Ibuprofen terápia folyamán szubjektív panaszokat nem okozó makulopapulózus exantéma fejlődött ki testszerte, amely az analgetikum elhagyása után sem regrediált. A körzeti orvos Ibuprofen tbl. által kiváltott gyógyszer-exantéma diagnózissal utalta be osztályunkra a beteget. Az RRR és TPHA pozitív volt. A beteget *syphilis secundaria recens maculosa et papulosa (alopecia syphilitica diffusa)* diagnózissal vettük fel. A P-PNC-G kezelés hatására a bőrtünetek visszafejlődtek, a hajhullás megállt, ill. később hajnövekedés indult meg (a beteg utánkövetése során) és végül a csont- és ízületi fájdalmak rövid időn belül eltűntek. A csont- és ízületi rendszer részéről jelentkező tünetek a *syphilis* II. stádiumában ritkán tapasztalható ún. *dolores osteocopi nocturni*.

### 3. eset: az infektológus diagnosztikája

A beteg 42 éves férfi volt. A hirtelen keletkezett ismeretlen eredetű icterus miatt fertőző osztályra utalták be. A

laboratóriumi kivizsgálásnál a májenzimek jelentős emelkedését észlelték. A beteg anamnézisében a penisen keletkezett fekély szerepelt, mely spontán gyógyult és látható, apró reziduális heget hagyott maga után. A beteget „belgyógyászati eredetű icterus” diagnózissal bocsátották el, miután a fertőző hepatitiseket kizárták. A hospitalizáció alatt a *syphilis* szerológiát nem végeztek, venerológiai konzíliumot sem kértek a jelenlevő aszintomatikus lelet ellenére. A belgyógyászaton való jelentkezés előtt a beteg magától kereste fel ambuláns bőrgyógyászát az icterus mellett gyakorlatilag alig látható bőrjelenségei miatt. A lues szerológia (RRR, TPHA) pozitív volt. A bőrosztályon a beteg P-PNC-G inj. kapott napi 1.5 ml. E adagban 21 napig, miközben rövid időn belül visszafejlődött az icterus és a májenzimek értékei normalizálódtak. A betegnél a *syphilis secundaria recens* keretén belül zajló specifikus *hepatitis syphilitica* állott fenn.

### 4. és 5. eset: a belgyógyász diagnosztikája

Az első esetben az 50 éves férfibeteg a belgyógyászati osztályra nyert felvételt ismeretlen eredetű láz és a májenzimek emelkedett értékei miatt. A bőrön halvány makulózus exantéma is jelen volt, melynek azonban nem szenteltek figyelmet. A rutin laborvizsgálatok nem segítettek az etiológia tisztázásában. A lues szerológia pozitív eredményei után (RRR+, TPHA++) keresték meg a bőrgyógyászatot. A beteget felvettük osztályunkra. Az antibiotikus terápia hatására a májenzimek értékei normalizálódtak, a láz és az exantéma visszafejlődött. A betegnél *syphilis secundaria recens maculosa és hepatitis syphilitica* állott fenn a *syphilis* II. stádiumának keretén belül.

A következő, 35 éves nőbeteget polyuria, periorbitalis oedema és gyorsan kifejlődő anasarca miatt vették fel a belosztályra. A klinikai kép és az előzetes laboratóriumi leletek alapján ismeretlen eredetű vesebetegség volt a diagnózis. A differenciáldiagnózis keretén belül elsősorban systemas amyloidosisra gondoltak. A betegnek bőr- és nyálkahártya tünete nem volt, de az anamnézisében kétszer szerepelt papulózus exantéma az elmúlt 6 hónap alatt. Jelen volt azonban a nyaki, axilláris és inguinális nyirokcsomók fájdalomtalan megnagyobbodása. A pozitív lues szerológia és az anamnézis alapján a *syphilis* diagnózisát állítottuk fel, és osztályunkon a beteg parenteralis PNC kezelését kezdtük el a rendszeres nefrológiai ellenőrzés biztosítása mellett. A PNC kezeléssel párhuzamosan a nefrológiai lelet fokozatosan javult és a kezelés befejezése után a beteg további ellenőrzése a venerológiai és a nefrológiai ambulancián folytatódott. 5 hónapon belül a nefrológiai lelet teljesen normalizálódott. Esetünkben a *syphilis secundaria latens* keretén belül kifejlődő *nephroticus syndroma* állott fenn.

### 6. eset: a nőgyógyász diagnosztikája

A 21 éves nőbeteg vaginalis fluor miatt kereste fel körzeti nőgyógyászát. Csupán a váladék jellege alapján Can-

dida eredetű fluort állapítottak meg, a diagnózis mikroszkopos, ill. tenyésztés megerősítése nélkül. Mellékleteként kis fekélyt talált a gynekológus a hüvelyfalon, amelyet „coitus utáni trauma”-ként interpretált. További differenciáldiagnosztikai erőfeszítést nem tett a genitalis ulceratio eredetének tisztázására. Két hónappal később a betegnél makulózus exantéma, generalizált lymphadenopathia jelentkezett, a lues szerológia (RRR++, TPHA +) pozitív volt. A diagnózis: *syphilis secundaria recens (roseola syphilitica, lymphadenopathia syphilitica)*.

#### 7. eset: az urológus diagnosztikája

A 38 éves férfibetegnél a preputiumon keletkezett ulcus durum, majd ezt követően masszív oedema fejlődött ki, „harangnyelv penis” képét nyújtva. Phimosi veszélye miatt urológiai osztályra vették fel, ahol circumcisiot hajtottak végre. Az ulcus durumot nem vizsgálták ki, az anamnézisben nem kutattak az oedema lehetséges oka után. A beteget hazabocsátották. Másfél-két hónappal később infiltrált barnásvörös papulák szóródása kezdődött a törzsön, végtagokon és az arcon. A beteget ambulanciánkra irányították, ahol az anamnézis és a típusos klinikai kép alapján syphilis gyanúja merült fel, melyet a szerológia megerősített. A beteget *syphilis secundaria recens papulosa* diagnózissal vettük fel osztályunkra.

#### 8. eset: az ambuláns körzeti bőrgyógyász diagnosztikája

35 éves nőbeteg perianalisan található nedvedző bőrtünetei miatt kereste fel körzeti bőrgyógyászát, aki candidosis intertriginosa diagnózissal kezelte. A leletet barnásvörös 1 cm nagyságú, enyhén a környező bőr színje fölé emelkedő, macerált felszínű és nedvedző papulák alkották. A helyi antimycoticus terapia nem javított a beteg állapotán, ezért góckutatás történt, ahol a fül-orr-gégészeti vizsgálat chronicus tonsillitist talált. Emiatt a betegnél tonsillectomiát terveztek. A műtét előtti laborvizsgálatok keretén belül (standard módon) a lues szerológiát is elvégezték. A pozitív RRR és TPHA eredmények miatt a beteget osztályunkra irányították. A léziókból elvégzett sötétlátóteres vizsgálat erősen pozitív volt. A beteget *syphilis secundaria recens (condylomata lata regionis ani)* diagnózissal vettük fel további kezelés céljából.

#### 9. eset: a neonatológus és a röntgenológus diagnosztikája

A 39 éves nőbeteg anamnézisében ismételt abortus szerepelt. 2000-ben *syphilis secundaria recens papulosa* tünete miatt P-PNC-G inj. kezelést kapott. A terápia után a klinikai tünetek normalizálódtak, a szerológia: TPHA (+++) pozitivitása csökkent (++) , az RRR (+++) negatívizálódott. Ez az utánkövetés során is így maradt. Terhessége alatt (2003) kétszer (a terhesség 3. és 7. hónapjában) biztosító P-PNC-G inj. kezelést kapott. A terhesség 38. hetében fiúgyermeket hozott a világra, a syphilis connatalis tünete nélkül, pozitív TPHA (+) reakcióval. A syphilis diagnosztikájában használatos egyéb szerológiai reakció-

kat nem végezték el. A pozitív TPHA reakció és az anya anamnézise miatt az alkar és a lábszár röntgenfelvételét készítették el, melyet a röntgenológus osteochondritis luetica congenita-nak véleményezett.

Az anya pozitív anamnézise, az újszülött pozitív TPHA teszthe és a csont röntgenleletei miatt a syphilis congenita diagnózissal küldték klinikánkra.

A klinikai kivizsgálásnál a 4 hetes újszülöttnél syphilis connatalis recens tünetei nem voltak láthatóak. A szerológiai tesztek vérszérumból és liquor cerebrospinalisból (RRR, VDRL, TPHA, FTA-ABS, IgM FTA-ABS, IgM-ELISA microrecomb., TPIT) negatívak voltak (a TPHA is!) (úgyszintén a későbbi ellenőrzések során is). A csontröntgen felvételt egy másik radiológus is értékelte (akivel nem közöltük a lueses anamnézist) aki nem erősítette meg a syphilises csontelváltozás diagnózisát.

#### 10. eset: a beteg öndiagnosztikája és terápiaja

Alkalmi szexuális partnereit gyakran váltogató 50 éves férfibeteg pénisén kemény alapú, fájdalomatlan fekély keletkezett. Ez kezdetben nem zavarta. Magyarozatként a „gyakori igénybevétel” által okozott mechanikus horzsolódást, ill. a genitoorális érintkezésnél az „ügyetlen” nők foga által okozott sérülést hozta fel. Ezért kezelésként nyugtató kenőcsöket alkalmazott. Mivel minden igyekezete ellenére gyógyulás nem következett be, a fekély „kiégetését” határozta el. Ezt ezüst-nitrát pálca segítségével végezte, melyet egy ismerősétől szerzett be. Ennek köszönhetően a fekély környékét is érintő felületen necrosis hozott létre. Ezt követően kereste fel rendelőnket. A fent leírt leleteken kívül az inguinalis lymphadenopathia, ill. a pozitív syphilis szerológia (RRR, TPHA) is megerősítették a diagnózist. A PNC és a helyi terápia hatására az elváltozások meggyógyultak.

### Megbeszélés

Az elmúlt századokban, de még a 20. század első felében is a nemi betegségek nagy egészségügyi és társadalmi problémát jelentettek. A II. világháború utáni években a penicillin elterjedését követően lehetőség nyílt a bakteriális eredetű nemi betegségek hatékony kezelésére és előfordulásuk jelentős visszaszorítására. Az egykori Csehszlovákiában 1949-ben dolgozták ki a syphilis penicillin-terápiájának a módszertanát (8). Ezt 1950–1951-ben az ún. *PN akció* követte (PN = pohlavni nemoci = nemi betegségek). Ennek az akciónak a keretén belül az összes 15–45 év közötti személyt az országban klinikai és szerológiai vizsgálatnak vetettek alá syphilis irányában és pozitív esetén kötelező penicillin kezelést alkalmaztak (5, 8). Ennek következtében a syphilis eradikációját érték el: 1951-ben csak Szlovákia területén 4090 regisztrált beteg volt (a syphilis későbbi stádiumaiban), de egyetlenegy friss eset nélkül! (1. táblázat). Még 1963-ban is csupán 5 új esetet jelentettek egész Csehszlovákiában, de 1968-ban már 233 új esetet tartottak számon. Az 1989 utáni nagy társadalmi változásokkal párhuzamosan a syphilis terjedé-

A nyilvántartott megbetegedések száma		
Év	Abszolút érték	100 000 lakosra
1951	4090	116,6
1952	1621	45,7
1953	1701	47,3
1954	1403	38,3
1955	1005	27,0
1956	698	18,5
1957	641	16,7
1958	634	16,3
1959	371	9,4
1960	391	9,8
1961	313	7,5
1962	309	7,3
1963	264	6,2
1964	210	4,9
1965	217	5,0
1966	211	4,8
1967	235	5,3
1968	234	5,2
1969	194	4,3
1970	256	5,7
1971	293	6,4
1972	508	11,0
1973	538	11,6
1974	340	7,2
1975	293	6,2
1976	261	5,4
1977	168	3,5
1978	141	2,9
1979	95	1,9
1980	149	3,0
1981	127	2,5
1982	84	1,7
1983	69	1,4
1984	103	2,0
1985	66	1,3
1986	82	1,6
1987	92	1,8
1988	92	1,7
1989	50	1,0
1990	32	0,6
1991	42	0,8
1992	114	2,2
1993	58	1,1
1994	89	1,7
1995	114	2,1
1996	154	2,9
1997	191	3,5
1998	171	3,2
1999	279	5,2
2000	384	7,0
2001	356	6,2
2002	323	6,0

1. táblázat

A nyilvántartott syphilises esetek számának alakulása Szlovákiában 1951 és 2002 között (a 2002-es adatok előzetesek), (4, 12 - nyomán).

se is jelentősen felgyorsult, néhol helyi epidémiák formájában (4, 12). Ugyancsak aggasztó a syphilis connatalis esetek előfordulásának növekedése (2002-ben Szlovákiában 9 új esetet jelentettek) (4, 12). Ennek köszönhetően a syphilisre a mai orvosi gyakorlatban már nem mint valószínűtlen klinikai különlegességre, hanem mint reális diagnosztikus problémára kell tekintenünk. Hogy erre mennyire felkészületlenek a különböző orvosi szakmák képviselői, a fent közölt esetek a megmondható.

*Néhány megjegyzés az egyes esetekhez:*

Az 1. eset jól mutatja a napjainkra jellemző nagyfokú specializáció hátrányait. A különböző tünetekkel jelentkező, ill. több szervrendszert érintő betegségek téves diagnosztikája gyakori (6, 7). Esetünkben a klinikai vizsgálattal feltárt tünetek helytelen interpretációja vezetett a téves diagnózishoz. Megfigyelhető a bőrtünetek diagnosztikai jelentőségének nem megfelelő ismerete, ill. alábecsülése a diagnosztikus folyamat során. Érdekes továbbá a syphilis I. (aktív ulcus durum) és II. stádiuma (exanthema syphiliticum) tüneteinek együttes előfordulása annak ellenére, hogy a szakirodalom gyakran ezek egymásutánosságára hívja fel a figyelmet (2, 5). Az I. és II. stádium tüneteinek együttes előfordulását ismételten megfigyeltük.

A 2. eset jól mutatja a syphilises exantéma differenciáldiagnosztikai nehézségeit elsősorban akkor, ha a nem gondolnak rá. Ezek részletes morfológiai analízise nem a körzeti orvos feladata, ennek megfelelően a beteget rendelőkbe irányította. A kezdeti diagnosztikus hibák ellenére a körzeti orvosok diagnosztikai ébersége mára jelentősen javult az ismételt felvilágosító előadások hatására. A csontrendszer részéről jelentkező, analgetikus terápiára nem javuló, éjjel jelentkező fájdalmak (az ún. dolores osteocopi nocturni) ritka és nem specifikus tünete a syphilisnek. Egyéb betegségek – tuberculosis, csonttumrok (pl. osteoid osteoma) – során is előfordulhatnak (2, 5).

A 3. esetenél néhány jelentős mulasztás történt. A fertőzéses eredetű icterus oka nem csak vírusfertőzés lehet. Ezt a differenciáldiagnosztika folyamán figyelembe kellett volna venni. További mulasztás, hogy a syphilis szerológiát nem vizsgálták, függetlenül a tünetektől (nálunk kötelező minden hospitalizáció során, ha az előző hospitalizáció több mint egy éve volt). A nem elég látványos bőrtünetek miatt dermatológiai konzílium nem történt. Az icterus mint bőrtünet nehezítheti egyéb erupciók vizsgálatát! Esetünk jól mutatja a syphilis II. stádiuma során a belszervi érintettség (hepatitis) kifejlődését a kórokozó hematogén szóródása során (2, 5).

A 4. esetenél ismét belszervi érintettség volt a vezető tünet. Mivel a syphilises hepatitis ritka, a nem dermatológus orvosi körökben a differenciáldiagnosztika során nem gondolnak rá.

Esetünkben azonban az előírásokban megfelelően a rutin laborvizsgálat során a syphilis szerológiát elvégezték, s ez a helyes diagnózis felállításához vezetett. A bőrtüneteknek azonban ismételten nem tulajdonítottak jelentőséget. Esetünkben a betegnek láza is volt, ami nem tipikus

tünete a syphilisnek (2, 5). A 3. és 4. esetünkénél a penicilin kezelés hatására a májenzimek értékei gyorsan normalizálódtak.

5. *esetünkénél* a II. stádium keretén belül ismét belszervi megbetegedés - veseérintettség alakult ki. A syphilis kórokozója által kiváltott veseelváltozás extrém ritka (2, 5), ezért az, hogy a differenciáldiagnózis keretén belül syphilisre nem gondoltak, nem róható fel tévedésként. A kötelezően elvégzett szerológia, majd az ezt követő anamnézis vezetett rá a helyes diagnózisra. Esetünkben a vesefunkciók normalizálódása jóval hosszabb folyamat volt, mint a májfunkciók helyreállása.

A 6. *eset* részletes megbeszélést nem igényel, súlyos mulasztásnak a példája. A genitális tünetekkel (vaginalis fluor, ill. ulceratio) jelentkező betegnél mindig gondolni kell arra, hogy egyidejűleg több STD-betegsége is lehet (és ennek megfelelően kell a kivizsgálást végezni). Közölt esetünkénél ez fel sem merült.

Hasonló mulasztás történt a 7. *esetnél* is. Genitális tünetekkel jelentkező betegnél nemi betegség, de egyéb más lehetséges ok után sem kutattak, ennek köszönhetően a circumcisio csak mint palliatív terápia érvényesült. Gyakorlatilag azonos esetet közöltek nemrég *Várkonyi és mtsai* (11).

A 8. *eset* szomorú kritika saját sorainkban. A tipikus perianalis condylomata lata tüneteivel jelentkező betegnél mindennemű differenciáldiagnosztikai megfontolást és kivizsgálást mellőző kóriszmérés és kezelés folyt. A hasonló hozzáállás a dermatovenerológiának, mint alapvető orvosi szakágazatnak a dignitását csökkenti mind a laikusok, mind az orvosok körében, és a későbbiekben a szakma háttérterületein a társszakmák térhódítását, majd a dermatovenerológia fokozatos kiszorulásához vezet.

A 9. *eset* során az anya lueses anamnézisének szuggesztív hatása indította el azt a diagnosztikus folyamatot, mely a syphilis connatalis recens diagnózisához vezetett. Ennek a folyamatnak a második állomása az újszülött TPHA pozitivitása volt. Nyilván transplacentarisan átvitt ellenanyagokról volt szó, mivel a TPHA spontán negativizálódott. Kulcsfontosságú volt az IgM-FTA-ABS teszt ismételt negativitása (további specifikus szeroreakciók negativitásával kiegészítve), mely kizárta a syphilis connatalis recens lehetőségét (az újszülött nem szenvedett hypo- vagy agammaglobulinémiában).

Fontos az anamnézis, az anya szeroreakcióinak az ismerete, az újszülött klinikai kivizsgálása és a specifikus szeroreakciók széles skálájának negativitása. (Jelenleg nálunk a következő tesztek és változataik állnak rendelkezésünkre: RRR, VDRL, Syfacard-R reagin teszt, anti- T. pallidum total EIA, TPHA, TPPA, FTA-ABS, IgM-FTA-ABS, IgM-ELISA microrecomb., IgM-SPHA, ELISA ICE Sy, TPIT). A diagnosztikus tévedés harmadik állomása a csontokon (ulna, tibia) talált eltérések helytelen interpretációja, melynek alapját ismét a lueses anamnézis és szerológia röntgenológusra gyakorolt félrevezető, szuggesztív hatása képezte.

A röntgenfelvételek ismételt kiértékelése az anamnézis közlése nélkül nem vezetett a syphilis diagnózisához. Az anya „lege artis” kezelése 3 évvel a terhesség előtt, a terhesség előtti és alatti változatlan szerológia (a TPHA és az RRR reaktiválódása nélkül), majd a terhesség alatti kétszeres bebiztosító PNC terápia mellett a syphilis connatalis recens „beszerzése” rendkívül valószínűtlen lett volna.

A 10. *eset* nem egyedülálló és a betegek nem kellő informáltságát mutatja a nemi betegségekkel kapcsolatban. Sok esetben egyszerűbb struktúrájú személyiségekről van szó. A betegek más részénél pszichológiai elhárító-védekező mechanizmus lehet a háttérben. Mindenképpen leszögezhető, hogy a felvilágosító munkát vállaló orvosok előtt korlátlan lehetőségek állnak.

Munkánkban szerettük volna felhívni a figyelmet a syphilis ismételt térhódítására és az ezt követő esetleges diagnosztikus tévedések lehetőségére. 2001-ben Szlovákiában „Harc a nemi betegségek ellen” nevű projekt került kidolgozásra (3). A diagnosztikus tévedéseket elkerülendő, az *orvosképzésben* fokozott figyelmet kell(ene) szentelni az STD problematikájának, köztük kiemelten a syphilisnek is. A már gyakorló orvosoknak a postgraduális képzés keretén belül szükséges ezt biztosítani. A populáció (elsősorban a fiatal generáció) informálására több lehetőség is van (3, 4). Jelenleg Szlovákiában „*Szexuális nevelés*” címmel, új *kötelező tantárgy* tervezetét terjesztette a parlament elé az egészségügyi tárca.

## IRODALOM

1. Berez M., Várkonyi V., Horváth A.: A syphilis epidemiológiai trendjei Magyarországon az 1999. évi megbetegedések tükrében. Magyar Venerológiai Archívum (2000) 1, 7-14.
2. Braun-Falco O., Plewig G., Wolff H. H.: Dermatológia a venerológia, 1. szlov. és cseh kiadás (orig: Dermatologie und Venerologie, 4. ed., 1996, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg), Osveta, Martin, 2001.
3. Buchvald J., Holomáň K., Schréter I.: Návrh projektu „Boj proti pohlavným chorobám”. Pre MZ SR, 2001.
4. Buchvald J.: Súčasné problémy boja proti pohlavným chorobám, Derma (2003) 3, 17-19.
5. Dbalý V. és mtsai: Choroby přenášené pohlavním stykem. Naše vojsko, Praha, 1987
6. Kirch W. és mtsai: Chybné diagnózy ve vnitřním lékařství (orig.: Fehldiagnosen in der Inneren Medizin, Verlag, Stuttgart, 1992), Osveta, Martin, 1995.
7. Sheehan, M. W.: Diagnostic errors in clinical practice. Texas. Med. J. (1978), 74, 92-101.
8. Szerzői közösség: Pokyny pro terapie a serodiagnostiku venerických nemocí, Ministerstvo zdravotnictví, SZN, Praha, 1954.
9. Várkonyi V., Tisza T., Horváth A. és mtsai.: Epidemiology of syphilis in Hungary between 1952 and 1996. Int. J. STD and AIDS (2000) 11, 327-333.
10. Várkonyi V., Tisza T., Podányi B. és mtsai: A syphilis sokszínűsége. Bőrgyógy. Vener. Szle. (1999) 75, 61-67.
11. Várkonyi V., Veres G., Wikonkál N. és mtsai: Syphilis recens eseteknél előforduló diagnosztikus problémák. Bőrgyógy. Vener. Szle (2003), 79, 21-27.
12. Zdravotnícka štatistika – Pohlavné choroby v SR 2002. ÚZIS Bratislava 2003, 25.

Érkezett: 2004. IV. 20.

Közlésre elfogadva: 2004. V. 17.