

*Hanna Myśliwiec, Władysław Niczyporuk, Nelli Lebedzińska,
Bożena Chodynicka*

ZIARNICA WENERYCZNA PACHWIN I ZAKAŻENIE HIV. OPIS PRZYPADKU

Klinika Dermatologii i Wenerologii Akademii Medycznej w Białymstoku
Kierownik: Bożena Chodynicka

Przedstawiono przypadek młodego mężczyzny z ziarnicą weneryczną pachwin, u którego wykryto zakażenie HIV.

Słowa kluczowe: ziarnica weneryczna pachwin, zakażenie HIV

Key words: lymphogranuloma venereum, infectio HIV

WSTĘP

Ziarnica weneryczna pachwin (*lymphogranuloma venereum* – LGV), jest jedną z chorób przenoszonych drogą płciową. Została opisana przez Duranda, Nicolasa i Favre'a w 1913 roku (1). Czynnikiem etiologicznym LGV jest *Chlamydia trachomatis*, serotypy L₁, L₂ i L₃ (2, 3). Choroba występuje endemicznie w strefie tropikalnej: Azji, Indiach, Afryce, Ameryce Południowej i na Karaibach (2). Jest rzadko opisywana w krajach rozwiniętych. We Francji w ciągu 6 lat zgłoszono 27 chorych z LGV (4), w Stanach Zjednoczonych rocznie notuje się mniej niż 350 przypadków (2). W Polsce odnotowano dotąd pojedyncze przypadki zachorowań na LGV u osób podróżujących do Indii i Tanzanii (5, 6).

OPIS PRZYPADKU

Do kliniki skierowany został dwudziestopięcioletni Polak, fryzjer, na stałe przebywający w Berlinie. Dane wywiadu wskazywały, że chory utrzymuje kontakty jedynie z żoną, która jest Niemką, pracuje jako asystent producenta filmowego i często podróżuje. Przed czterema tygodniami pacjent zauważył powiększenie pachwinowych węzłów chłonnych. Miały one wielkość 1 x 2 cm. Zmianom towarzyszyła gorączka do 38°C. Po około tygodniu węzły chłonne, a zwłaszcza lewy, zaczęły szybko powiększać się. Pacjent nie zauważył ani u siebie ani u żony żadnych zmian skórnych na tułowiu i w okolicy odbytniczo-płciowej. Nie zauważył także zmian w obrębie błon śluzowych. Stwierdził jedynie, że żona przyjmuje regularnie „jakieś tabletki”. W chwili przyjęcia do kliniki w lewej okolicy pachwinowej stwierdzono dość twardy, tkliwy guz z cechami rozmiękania, wielkości 4 x 5 cm, przesuwalny względem podłoża. Skóra pokrywająca zmianę była zaczerwieniona. W prawej okolicy pachwinowej obserwowano węzeł chłonny wielkości 2 x 2 cm, pokryty niezmienną skórą, ruchomy względem podłoża. Zmian skórnych w okolicy anogenitalnej nie stwierdzono. W badaniu ultrasonograficznym wykazano obustronne powiększenie węzłów chłonnych o znacznie obniżonej echogeniczności. Wykonano nacięcie guza w le-

wej okolicy pachwinowej, uzyskując 10 ml treści ropnej. Zmianę zasączkowano. W badaniach dodatkowych wykazano: OB – 40 po 1 godzinie, *Chlamydia trachomatis* w treści uzyskanej z naciętego węzła chłonnego (DIF), przeciwciała przeciw *Chlamydia trachomatis* klasy IgG (EIA), przeciw HIV (EIA i Western blot) oraz przeciw *Toxoplasma gondii* klasy IgG (IF) w surowicy krwi. Liczba komórek CD4 wynosiła 550 w mm³, CD8 – 849 w mm³, a poziom wirerii – 14 900 kopii/ml. Wyniki badań w kierunku kiły i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową były ujemne.

W leczeniu chorego zastosowano doksycyklinę 2 razy dziennie po 100 mg przez 21 dni i zmianę sączków co drugi dzień. Uzyskano znaczne zmniejszenie nacieku, ustąpienie stanu zapalnego skóry i częściowe wygojenie rany po nacięciu. Chorego wypisano do domu z zaleceniem kontroli w poradni zakażeń przenoszonych drogą płciową, leczenia zakażenia HIV oraz badania partnerki.

OMÓWIENIE

Przebieg LGV dzieli się na 3 okresy. W pierwszym – po inkubacji trwającej od 3 do 30 dni, w miejscu wniknięcia bakterii powstają pojedyncze, drobne, niebolesne grudki, które mogą ulegać rozpadowi tworząc nadżerki lub owrzodzenia (2, 8). Zmiany, w około połowie przypadków, w krótkim czasie goją się samoistnie nie pozostawiając blizny (2, 8), chory może więc ich nie dostrzec, jak było w opisywanym przypadku. W drugim okresie, kilka tygodni po ustąpieniu zmiany pierwotnej, dochodzi do powiększenia pachwinowych węzłów chłonnych (dymienica). Objawom tym towarzyszą nasilone dolegliwości bólowe oraz gorączka. U kobiet i osób odbywających stosunki analne często objęte są węzły chłonne miednicy mniejszej. Mogą one ulegać rozpadowi z wytworzeniem przetok. Tylko w nielicznych przypadkach dochodzi do rozwoju trzeciego okresu choroby, który cechują powikłania w postaci słoniowacizny narządów moczowo-płciowych, limforoidów oraz przetok (2, 8). Leczeniem z wyboru jest doksycyklina podawana 2 razy dziennie po 100 mg przez 21 dni (7). Opisywano też skuteczne leczenie jednorazowym podaniem 1,0 g azytromycyny (9). Powikłania mogą wymagać dodatkowo korekcji chirurgicznej (8). Choroby przenoszone drogą płciową często współistnieją z zakażeniem HIV (2, 8).

Przedstawiony przypadek zasługuje na szczególną uwagę ze względu na rzadkość występowania choroby w krajach rozwiniętych. Opisywane dotąd przypadki dotyczyły osób podróżujących do endemicznych regionów świata – żołnierzy i marynarzy. W latach 2003-2004 odnotowano znaczny wzrost zachorowań na LGV w Holandii, co wskazuje na zmieniającą się epidemiologię zakażenia w Europie Zachodniej (9, 10). Po analizie 92 nowych przypadków okazało się, że chorują głównie młodzi mężczyźni mający kontakty homoseksualne z anonimowymi partnerami również z Niemiec, Belgii, Francji, Szwecji i Wielkiej Brytanii. Wynikiem międzynarodowych powiązań środowisk gejowskich, może być też wzrost zachorowań na LGV w Polsce. Ze względu na analny charakter kontaktów, choroba przebiega nietypowo jako zapalenie prostnicy i/lub jelita grubego (10).

W opisywanym przypadku, chory prawdopodobnie został zakażony przez żonę. Wydaje się, że zakażenie HIV u obserwowanego chorego nie zmieniło przebiegu LGV. Szybkie prawidłowe rozpoznanie i leczenie jest konieczne ze względu na agresywny przebieg i poważne następstwa choroby. Omawiany przypadek potwierdza konieczność badania w kierunku HIV wszystkich pacjentów z zakażeniami przenoszonymi drogą płciową (11).

PODZIĘKOWANIE

Autorzy dziękują dr n. med. K. Pucilo, dyrektorowi Ośrodka Diagnostyczno-Badawczego Chorób Przenoszonych Drogą Płciową w Białymstoku za wykonanie badań w kierunku *Chlamydia trachomatis*.

H Myśliwiec, W Niczyporuk, N Lebedzińska, B Chodynicka

LYMPHOGRANULOMA VENEREUM AND HIV INFECTION. A CASE REPORT

SUMMARY

We present a case of a young man with *lymphogranuloma venereum* in whom HIV infection was diagnosed.

PIŚMIENNICTWO

1. Durand NJ, Nicolas, Favre. Lymphogranulomatose inguinale subaigue d'origine genitale probable; peut-etre venerienne. Province Med (Paris) 1913;24:55.
2. Perine L, Stamm WE. Lymphogranuloma venereum. W: Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF i in., red. Sexually transmitted diseases. Wyd 3. New York: McGraw-Hill Companies Inc; 1999:423-432
3. Taylor-Robinson D, Thomas BJ. The role of *Chlamydia trachomatis* in genital tract and associated diseases. J Clin Pathol 1989;33:205-233
4. Scieux C, Barnes R, Bianchi A, i in. Lymphogranuloma venereum: 27 cases in Paris. J Infect Dis, 1989;160(4):662-668
5. Powalowska J, Dziubek Z, Olsztyńska M, i in. Przypadek ziarnicy wenerycznej pachwin (Lymphogranuloma venereum). Przegl Dermatol 1986;73:137-140
6. Lebioda J, Dynowska D. Tropikalna choroba weneryczna zawleczona do Krakowa (dwa przypadki ziarnicy wenerycznej pachwin). Przegl Dermatol 1976;6 suppl:421-424
7. Roest RW, van der Meijden WI. European guideline for the management of tropical genital ulcerative diseases. W: Radcliffe K, red. European STD guidelines 2001. Int J STD & AIDS 2001;12 suppl 3:78-83
8. Mroczkowski TF. Ziarnica weneryczna pachwin. W: Mroczkowski TF, red. Choroby przenoszone drogą płciową. Wyd 1. Warszawa: PZWL; 1998:299-312
9. Götz H, Nieuwenhuis R, Ossewaarde T, i in. Preliminary report of an outbreak of lymphogranuloma venereum in homosexual men in the Netherlands, with implications for other countries in western Europe. Eurosurveillance Weekly 2004;8(4)
10. Centers for Disease Control and Prevention. Lymphogranuloma venereum among men who have sex with men-Netherlands, 2003-2004. Morb Mortal Wkly Rep. 2004;29;53(42):985-8
11. Nieuwenhuis RF, Ossewaarde JM, van der Meijden WI, i in. Unusual presentation of early lymphogranuloma venereum in a HIV-1 infected patient: effective treatment with 1 g azithromycin. Sex Transm Infect 2003;79(6):453-455

Otrzymano: 2.09.2004 r.

Adres autorów:

Hanna Myśliwiec

Klinika Dermatologii i Wenerologii AM

ul. Żurawia 14, 15-540 Białystok

fax (85) 740 95 70, e-mail: haniem@amb.edu.pl