

Kiła naczyniowo-oponowa u chorego zakażonego HIV

Andrzej Gładysz, Anna Szymanek, Małgorzata Inglot

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów
Odpornościowych AM we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, PL,
agladysz@zak.am.wroc.pl,
<http://www.am.wroc.pl/content/view/3654/325/>

Streszczenie: 42-letni, dotychczas zdrowy, heteroseksualny mężczyzna był w ciągu 2 miesięcy dwukrotnie hospitalizowany z powodu świeżych udarów niedokrwiennych mózgu. Podczas drugiej hospitalizacji wykonano test w kierunku zakażenia HIV, który okazał się być dodatni. Stwierdzono także obecność przeciwciał antykardiolipinowych, co stało się podstawą rozpoznania zespołu antyfosfolipidowego wikłanego udarami niedokrwiennymi mózgu i włączenia leczenia przeciwkrzepliwego. Następnie w Poradni Nabytych Niedoborów Odpornościowych wdrożono leczenie antyretrowirusowe a w rutynowym badaniu stwierdzono dodatni odczyn WR. Ze względu na utrzymujące się u chorego zaburzenia poznawcze i dodatni WR chory został przyjęty do Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych, gdzie wykonano punkcję lędźwiową i na podstawie wyniku badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego włączono empirycznie leczenie przeciwgrzybicze i przeciwgruźlicze. Po 4 tygodniach terapii nie obserwowano istotnej poprawy klinicznej ani w obrazie płynu mózgowo-rdzeniowego. Jednocześnie otrzymano wyniki swoistych odczynów kilowych z krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego, które okazały się dodatnie. Rozpoznano kiłę naczyniowo-oponową i wdrożono leczenie penicyliną które przyniosło istotną poprawę stanu pacjenta.

Słowa kluczowe: kiła, HIV, udar, udar niedokrwienny, leczenie przeciwgrzybicze, leczenie przeciwgruźlicze

Abstract: A 42 years old, healthy till now, heterosexual male was hospitalized two times in two months time, because of cerebral infarctions. After second hospitalization the patient was tested for HIV, which came positive. Anticardiolipin antibodies were also present which gave basis for the diagnosis of Antiphospholipid syndrome with cerebral infarctions as complications and induction of anticoagulatory therapy. Afterwards in an Acquired Immunodeficiency Clinic an retroviral therapy was applied, furthermore during a routine diagnosis Wasserman test came in positive. Because of prevalence of dementia and positive WR the patient was admitted to the Infectious Diseases, Liver Diseases and Acquired Immunodeficiency Clinic, where a lumbar puncture was performed and on the basis of general cerebrospinal fluid test an empirical antifungal and tuberculosis treatment was administered. After 4 weeks of therapy

no significant improvement in clinical picture nor in the cerebrospinal fluid was noted. At the same time the results from specific treponemal tests of the blood and cerebrospinal fluid arrived and the patient was diagnosed with meningovascular syphilis. A penicillin treatment was prescribed which resulted in a significant improvement of the patients condition.

Keywords: *syphilis, HIV, cerebral infraction, antifungal treatment, tuberculosis treatment*

1 Opis przypadku

42-letni, dotychczas zdrowy mężczyzna został przyjęty do oddziału neurologicznego z powodu udaru niedokrwiennego mózgu. W trakcie hospitalizacji rozpoznano u niego nadciśnienie tętnicze (wdrożono leczenie hipotensyjne) a w wykonanym USG serca uwidoczniło umiarkowaną niedomykalność zastawki aortalnej oraz nieistotny hemodynamicznie ubytek części mięśniowej przegrody międzykomorowej. Stwierdzono również podwyższony poziom przeciwciał antykardiolipinowych. Po około miesiącu pacjent ponownie był hospitalizowany z rozpoznaniem kolejnego udaru niedokrwiennego mózgu w Klinice Neurologii. W wykonanych wówczas badaniach obrazowych mózgu (TK, MRI) stwierdzono rozlane zmiany mogące odpowiadać świeżym zmianom niedokrwiennym - prawdopodobnie w przebiegu zapalenia naczyń (prawa okolica skroniowo-ciemieniowa, lewe wzgórze i podkorowo w istocie białej okolicy ciemieniowej lewej). Ze względu na pleocytozę limfocytarną i podwyższone stężenie białka w badaniu ogólnym płynu mózgowo-rdzeniowego oraz leukopenię we krwi obwodowej wykonano u chorego test w kierunku zakażenia HIV, który okazał się dodatni.

Konsultujący pacjenta angiolog rozpoznał ponadto zespół antyfosfolipidowy wtórny do infekcji retrovirusowej. Zespół antyfosfolipidowy oraz uszkodzenie naczyń na podłożu nadciśnienia tętniczego uznano za przyczynę udarów niedokrwiennych mózgu. W trakcie pobytu w Klinice Neurologii obserwowano u chorego zaburzenia funkcji poznawczych, które etiologicznie wiązano ze zmianami naczyniowymi i infekcyjnymi OUN. Po wypisie z Kliniki Neurologii chory znalazł się pod opieką Poradni Nabytych Niedoborów Odpornościowych, gdzie kontynuowano leczenie przeciwzakrzepowe (acenokumarol), przeciwnadciśnieniowe i gdzie włączono w maju leczenie antyretrowirusowe (lamiwudyna, tenofovir i efawirenz). W momencie wdrażania leczenia antyretrowirusowego liczba limfocytów CD4 wynosiła 82 komórki/mcl a wiremia HIV - 44.578 kopii/ml. W wykonanym w Poradni NNO badaniu stwierdzono także dodatni odczyn WR. Ze względu na utrzymujące się u chorego zaburzenia poznawcze, obserwowane odchylenia w badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatnie nieswoiste odczyny kiłowe chory został skierowany do Kliniki Chorób Zakaźnych. W chwili przyjęcia pacjent był w dość dobrym stanie ogólnym. W badaniu fizykalnym obserwowano cechy wyniszczenia oraz szmer skurczowy nad sercem. Oprócz spowolnienia psycho-ruchowego w badaniu neurologicznym nie obserwowano istotnych odchyżeń od normy.

Po przyjęciu do Kliniki wykonano punkcję lędźwiową z pobraniem płynu mózgowo-rdzeniowego na badanie ogólne, Bactec i odczyny kiłowe. W badaniu ogólnym płynu obserwowano wzrost pleocytozy limfocytarnej z 45 do 96 komórek/uL w porównaniu do badania wykonanego w Klinice Neurologii. Stwierdzono także niedużego stopnia obniżenie stężenia cukru - 32mg/dL, stężenie białka było na podobnym poziomie - 157 mg/dL. Ze względu na odchylenia obserwowane w badaniu ogólnym płynu mózgowo-rdzeniowego włączono empirycznie leczenie przeciwgrzybicze (Fluconazol i.v.), przeciwprątkowe (Ethambutol, Pyrazynamid, Rifamazyd) i utrzymano leczenie przeciwwirusowe (Heviran).

Po punkcji lędźwiowej u chorego pojawiły się objawy niedowładu lewostronnego. Pacjent został skonsultowany przez neurologa, który zlecił wykonanie MRI głowy. Rozpoznano kolejny udar niedokrwienny, który wiązano z modyfikacją leczenia przeciwzakrzepowego, dokonaną w związku z punkcją lędźwiową. Po 4 tygodniach skojarzonej terapii wykonano kontrolną punkcję lędźwiową z pobraniem płynu mózgowo-rdzeniowego na badanie ogólne i posiew - zabieg przebiegł bez powikłań. W badaniu ogólnym nie obserwowano istotnej poprawy mimo prowadzonego od około 4 tygodni leczenia. Zdecydowano o odstawieniu Fluconazolu i Heviranu oraz kontynuacji terapii przeciwprątkowej do uzyskania wyniku badania Bactec.

Jednocześnie otrzymano wyniki swoistych i nieswoistych odczynów kiłowych z surowicy i płynu mózgowo-rdzeniowego: surowica - VDRL - wybitnie dodatni (++++), FTA dodatni (+), FTA-ABS - dodatni /+/, TPHA: dodatni /+++++;/ Płyn mózgowo-rdzeniowy - VDRL: ujemny -/-, FTA-ABS - dodatni /+/, FTA dodatni (+), TPHA - dodatni /+++++/. Całość obrazu klinicznego, wyniki badań obrazowych i laboratoryjnych przemawiają za rozpoznaniem u tego pacjenta kiły naczyniowo-oponowej wikłaną trzema udarami niedokrwiennymi mózgu w przebiegu kiłowego zapalenia naczyń mózgowych. Włączono leczenie penicyliną krystaliczną 6 mln j.m. co 8 godzin i.v. Po 4 tygodniach terapii penicyliną wykonano kolejną punkcję lędźwiową z pobraniem płynu mózgowo-rdzeniowego na badanie ogólne, posiewy i Bactec. W badaniu ogólnym obserwowano znaczną poprawę - pleocytoza 19 komórek/uL, stężenie białka - 73mg/dL. Zdecydowano o odstawieniu leczenia przeciwprątkowego i kontynuacji leczenia penicyliną.

Chory był konsultowany okulistycznie w celu wykluczenia zmian ocznych w przebiegu kiły III okresu - w badaniu okulistycznym bez istotnych odchyżeń. Wykonano także TK klatki piersiowej pod kątem ewentualnych zmian w przebiegu kiły, które ujawniło poszerzenie aorty wstępującej. Zalecono konsultację kardiologiczną z badaniem ECHO serca.

W trakcie hospitalizacji powtórzono badania w kierunku obecności przeciwciał antyfosfolipidowych (przeciwciała antykardiolipinowe w klasie IgG i IgM, przeciwciała przeciwko B2-glikoproteinie w klasie IgG i IgM oraz antykoagulant toczniowy) - wyniki są ujemne.

U 42-letniego pacjenta, zakażonego HIV, rozpoznano kiłę naczyniowo-oponową wikłaną 3 udarami niedokrwiennymi mózgu w przebiegu kiłowego zapalenia naczyń. Leczenie penicyliną przyniosło istotną poprawę stanu pacjenta.