

Anorectalis régiót érintő STI fertőzések

Anorectal infections caused by sexually transmissible pathogens

RÓZSA ANNAMÁRIA DR.¹, BOGNÁR MÁTÉ DR.¹, KÖVESDI DOROTTYA DR.¹,
KONDOR ARIELLA EDINA DR.², MOEZZI MEHDI DR.¹

Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika¹
Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Sebészeti Klinika²

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők egy 20 éves férfi esetét ismertetik, akit házi-orvosa allergiás bőrtünetek gyanújával utalt klinikánkra. A beteg fél éve proctológiai kivizsgálás alatt állt krónikus, időszakosan vérző analis fissura miatt, amelyre lokálisan fájdalomcsillapító végbél kenőcsöt és hámosító gélt alkalmazott. Fizikális vizsgálat során testszerte maculopapulosus exanthemákat, talpakon beszűrt barnás papulákat, garatfalon gennycsorgást észleltünk. Differenciál-diagnosztikai szempontból *secunder syphilis*, *virusexanthema* és gyógyszerreakció merült fel. Az elévített szerológiai próbák reaktivitást mutattak, bőrtünetek hátterében *secunder syphilis* igazolódott, benzathin-penicillin kezelést a beteg megkapta. Nem gyógyuló analis fissura miatt medence MR vizsgálat készült, amely definitív fistula járatot nem mutatott ki. További nemi beteg szűrés során *anusból Neisseria gonorrhoeae* fertőzés igazolódott, az alkalmazott ceftriaxon terápiát követően a beteg anorectalis panaszai megszűntek. A kóresettel a szerzők az analis szexuális úton terjedő infekciókra hívják fel a figyelmet.

Kulcsszavak:

anorectalis STI fertőzések – analis fissura – proctitis

SUMMARY

The authors present the case of a 20-year-old male patient, who was referred to their department by his family doctor with suspected drug allergy. He had several proctological examinations in the last half year, because of a chronic intermittently bleeding anal fissure, which has been treated with analgesic rectal cream and wound healing gel. During physical examination multiple maculopapular rash all over the body, infiltrated brownish papules on the soles and purulent discharge on the pharyngeal wall were detected.

Differential diagnosis included secondary syphilis, viral exanthema and drug eruption.

The syphilis serological tests confirmed the diagnosis of secondary syphilis. The patient received benzathine-penicillin treatment. Due to the non-healing anal fissure pelvic MR was performed, which did not reveal definitive fistula. Further STI screening tests showed *Neisseria gonorrhoeae* infection of the anus and after ceftriaxon administration the patient's anorectal symptoms healed. Our case emphasizes the importance of sexually transmitted co-infections.

Key words:

anorectal STI pathogens – anal fissure – proctitis

Bizonyos gasztointesztinális és anorectalis tünetek hátterében szexuális úton terjedő kórokozók által okozott fertőzések is állhatnak. A gyulladás különböző bélszakaszokat érinthet, így proctitis, proctocolitis és enteritis is kialakulhat, azonban gyakori lehet a tünetmentes infekció is. Leggyakoribb anorectalis patogének a *Neisseria gonorrhoeae* (NG), *Chlamydia trachomatis* (CT), *Treponema pallidum* (TP) és herpes simplex vírus (HSV). Az alábbiakban egy 20 éves MSM (men who have sex with men) férfi páciens esete kerül ismertetésre, akinél analis fissura és enyhe proctitis hátterében NG fertőzés igazolódott.

Esetismertetés

A 20 éves fiatal férfibeteg anamnézisében komolyabb belbetegség nem szerepel. 2023 januárjában háziorvosi beutalóval érkezett általános bőrgyógyászati szakrendelésre allergiás bőrreakció kivizsgálása céljából. Végbélrepedés miatt időszakosan helyileg glicerin-trinitrát tartalmú végbélkenőcsöt, valamint cink-hialuronát gélt használt több hónapon keresztül. Fizikális vizsgálattal testszerte lencsényi halvány erythemas maculopapulosus exanthemákat, talpakon barna papulákat, garatfalon gennycsorgást és kemény szájpardon fehér plakkot észleltünk (1., 2.



1. ábra

Háton halvány erythemas maculopapulosus exanthemák



2. ábra

Talpakon beszűrt barnás papulák



3. ábra

Kemény szájpadon fehér plakk

és 3. ábra). Börtünetek háttérben felmerült gyógyszerreakció, infektív eredet, valamint secunder syphilis lehetősége. Vírusserológiai vizsgálat történt, amely HBV, HCV és HIV irányában negatív eredményt adott. CMV, EBV, HSV-1 és 2 lezajlott fertőzést igazolt. Syphilis aspecifikus és specifikus tesztek reaktivitást mutattak: RPR: 1:32, TPHA: 1:10240, TP ELISA: pozitív. A klinikai kép és a pozitív szerológiai próbák alapján secunder syphilis diagnózist állítottuk fel, a páciens benzathin-penicillin kezelése és gondozásba vétele klinikánk STI szakambulanciáján megtörtént. Részletes anamnézis felvételkor fény derült rá, hogy a beteg MSM rizikó csoportba tartozik, 1 éve van állandó párkapcsolata, azonban kb. fél éve egyszeri védekezés nélküli alkalmi partnere volt. 2022 júliusától fájdalmas, időszakosan vérzéssel járó anális fissura miatt proctológiai kivizsgálás alatt állt. Hasi panasz, anális váladékozás, hasmenés és puffadás nem volt. Rectalis digitális vizsgálattal (RDV) kissé fokozottabb tónusú sphinctert véleményeztek, 6 óra irányában fájdalmas fissurát tapintottak. Anosccoppal az anus nyílásban kissé vörhenyesebb nyálkahártyát, rectoscoppal 12 cm-ig felvezetett magasságig fokozottan erezett nyálkahártyát észleltek, egyéb kóros nem volt látható. Lokálisan glicerín-trinitrát tartalmú végbélkenőcsöt és cink-hialuronát tartalmú gél használatát javasolták. Fenti terápia hatására a beteg panaszai nem szűntek, emiatt gyulladós bélbetegség, anális fistula kizárása céljából MR vizsgálat történt, amelyen definitív sipoly nem volt igazolható, kis mennyiségű kismedencei folyadékgyülemet, mindkét oldalt inguinálisan, parailiacalisan és perirectalisan reaktív gyulladós nyirokcsomókat írtak le. További szűrővizsgálatokat végeztünk STI fertőzések irányában: vizelet mintából PCR-vizsgálattal NG, CT és Mycoplasma genitalium (MG) negatív eredményt adott, alacsony csíraszámú Ureaplasma urealyticum/parvum infekció igazolódott. Garatból CT és NG negatív, anusból CT negatív, azonban NG pozitivitást mutatott. A beteg anorectalis tüneteinek háttérben NG fertőzés igazolódott enyhe proctitisszel, 1g ceftriaxon i.m. kezelés hatására tünet- és panaszmentessé vált. Állandó partnernél syphilis reinfekciót mutattunk ki, CT és NG infekciót nem detektáltunk.

Megbeszélés

A perianalis-anális régió egy rejtett lokalizációjú terület, emiatt gyakran elmarad a tájék fizikális vizsgálata. Testszerte jelentkező bortünetek esetén tekintünk meg a perianalis régiót, ill. perianalis-anális panaszok során a teljes kültakaró inspekciója is szükséges. Anális területen megjelenő főbb tünetek a viszketés, égés, váladékozás, vérzés, fájdalom és idegentest érzése, amelyeknek a háttérben számos dermatosis, proliferációval járó állapot és infekció is állhat. Az STI kórokozókról általánosságban elmondható, hogy érzékenyek a környezeti hatásokra, fertőtlenítőszerekre és kiszáradásra. A transzmisszió testnedvekkel, direkt bőr-bőr/nyálkahártya-nyálkahártya kontaktus útján történhet (1). A fertőződés így terjedhet genito-anális, oro-anális úton, kézzel-ujjak átvitelével, de szexuális segédeszközök használata is szerepet játszhat. Anális szexuális aktust széles körben heteroszexuálisok, de leginkább MSM férfiak és transznemű nők gyakorolják (2). Rizikó tényező a HIV pozitivitás, STI fertőzés, ill. condom nélküli receptív anális aktus az elmúlt 6 hónapban,

Disztális proctitis	Proctocolitis	Enteritis
Neisseria gonorrhoeae	Shigella spp.	Giardia lamblia
Chlamydia trachomatis	Campylobacter spp.	Cryptosporidium spp.
D-K genotípus	Salmonella spp.	Microsporidia
L1-L3 genotípus (LGV)	Escherichia coli	Hepatitis A vírus
Treponema pallidum	Entamoeba histolytica	
Herpes simplex vírus	Cryptosporidium spp.	
Mycoplasma genitalium	Cytomegalovírus	
Traumás eredet	Intestinális spirochetosis	

1. táblázat

A különböző bélszakaszok gyulladását kiváltó szexuális úton terjedő patogének (3)

traumával járó szex az elmúlt 3 hónapban – 4 hétben (számos partner, gruppen szex, cheszex, receptív „fisting”, közös szexuális segédeszközök) (3). Amennyiben MSM férfit nemi betegségek irányában szűrünk, rutinszerűen ki kell zárni a rectalis infekciókat is (4, 5).

Az anális régiót érintő STI fertőzések a jellegzetes tünetek mellett gyakran tünetmentesen zajlanak. Az infekció több bélszakaszt érinthet: proctitis, proctocolitis és enteritis is kialakulhat. Az 1. táblázat a különböző bélszakaszokat érintő gyulladást kiváltó szexuális úton terjedő kórokozókat foglalja össze (3).

Proctitis az anális csatorna és/vagy a rectum inflammióját jelenti. Akut proctitisnél az anusból mucopurulens váladékozás figyelhető meg, anorectalis vérzés, viszketés, rectalis teltségérzet, retentio, inkomplett székletürítés és tenesmus is társulhat hozzá. Enyhe és krónikus esetben nyákos székletürítés, székrekedés, inkomplett defecatio jellemző. Proctocolitis és enteritis esetén hasmenés, véres széklet, hasi fájdalom és hasi görcsök a vezető tünetek (3). Kivizsgálás során a rutinszerűen elvégzett RDV mellett anoscopos vizsgálattal jól láthatók a különböző nyálkahártya eltérések, tályog esetén a végbél 3D ultrahangos vizsgálata segítség. Proctitisnél anoscoppal vizsgálva a rectum disztális 12-15 cm-es szakaszán mucopurulens váladékozás, nyálkahártya oedema, kontakt vérzés észlelhető, a mucosa normális érzetűsége eltűnik, lymphogranuloma venereum (LGV) és syphilis esetén ulceratiók vannak jelen (6, 7). A diagnózis felállításában a váladékból készített Gram-szerint festett kenet iránymutató, valamint mikrobiológiai tenyésztéssel, ill. PCR-vizsgálattal identifikálhatók a különböző STI patogének (1).

Rectalis gonorrhoea és CT D-K genotípusú fertőzés döntően tünetmentesen zajlik, emiatt fontos mindkét infekció szűrése 6 hónapon belüli receptív anális szexuális aktus esetén tüneteizény állapotban is (8). Akut szakaszban jellemző a mucopurulens váladékozás, az anus nyílásában gyakran alakulnak ki nem gyógyuló fissurák, krónikus fázisban perianalis abscessus is létrejöhet (4. és 5. ábra). A klinikai kép alapján a két fertőzés nem különíthető el

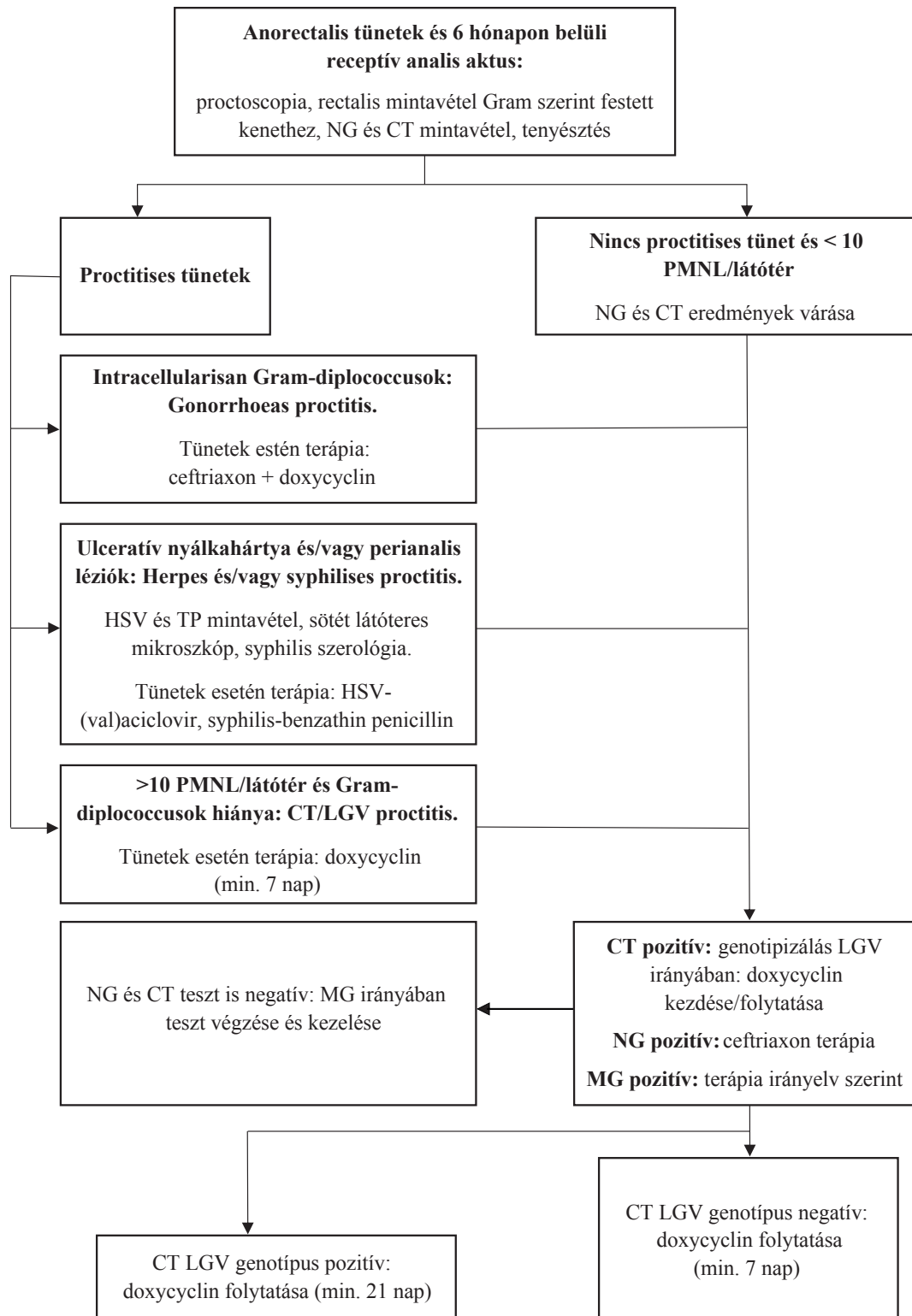
egymástól. Anoscoppal vizsgálva a nyálkahártya oedemás, vérbő, seropurulens váladékozás, ulceratiók észlelhetők, krónikus nem kezelt esetben fibrotikus szűkület alakulhat ki (1). Differenciál-diagnosztikai szempontból fontos ki-zárni Crohn-betegséget, irritábilis bél szindrómát, ill. nem hámosodó fissurák hátterében ételintolerancia is állhat (1).



4. ábra
Anális fissura



5. ábra
Perianalis tályog spontán genny ürüléssel



2. táblázat

2021-es európai irányelv kivizsgálási algoritmus a anorectalis tünetekkel járó betegek, ill. 6 hónapon belüli receptív analis aktus esetén (3)

Az anorectalis LGV általában tünetekkel járó infekció, de az esetek 25%-ában tünetmentes fertőzés is előfordulhat (9,10). CT L1-L3 genotípus okozza, jellemző a lymphogén terjedés. CT pozitívítás esetén genotipizálás

végzése indokolt LGV irányában. Gyakoriság a HIV-pozitív MSM populációban emelkedést mutat, de HIV-negatív egyéneknél is írtak le számos esetet (1). Híg, nyákos, véres székletürítés, nehezített defecatio, tenesmus, visszatérő



6. ábra

AIDS stádiumban crena ani területén kiterjedt HSV fertőzés



7. ábra

Gáttájékon és perianalisan condyloma acuminatum

hőemelkedés és láz lehetnek a tünetek (11). Anoscoppal vizsgálva gyulladt nyálkahártya, nagy mennyiségű purulens váladék, fibrotikus szűkület és tumorszerű képletek ábrázolódnak (1). A diagnózis felállítása előtt a páciens gyakran átesik teljes gastroenterológiai kivizsgáláson, akár sebészeti beavatkozáson is gyulladásoos bélbetegsége vagy tumorra gondolva.

Számos vizsgálat azt mutatta, hogy MG infekció és proctitis közt nincs összefüggés, emiatt nem javasolt rutinszerűen MG szűrése. Perzisztáló tünetek esetén egyéb gyakoribb kórokozók kizárása után (NG, CT, syphilis, HSV) végezzünk PCR-vizsgálatot MG irányában (12, 13).

Analisan elhelyezkedő körülírt fekély, felületes eróziók háttérben HSV fertőzés és syphilis primer affekció jön szóba. Anális syphilis elsősorban homoszexuális férfiakban, biszexuálisok közt, ill. HIV-pozitív populációban észleljük (1). Diagnózis felállításához szerológiai próba végzése, PCR-vizsgálat vagy szövettani vizsgálat szükséges. 2015 és 2018 közt Brightonban elvégzett kis esetszámú vizsgálat MSM férfiaknál tünetes proctitis háttérben magas arányban talált HSV, főleg HSV-1 fertőzést (14). A 6. ábrán AIDS stádiumban jelentkező kiterjedt HSV infekció látható.

Perianalisan megjelenő növedékek, nodusok háttérben HPV okozta condyloma acuminatum, valamint sekunder syphilises condyloma latum merül fel (7. ábra). Szerológiai próbák pozitivitása megerősíti a TP fertőzést.

A 2. táblázat a 2021-es európai irányelv kivizsgálási algoritmusát mutatja anorectalis tünetekkel járó betegek, ill. 6 hónapon belüli receptív analis aktus esetén (3).

Az anorectalis STI fertőzések proctitis tünetek mellett gyakran tünete szegényen zajlanak. Az eset kapcsán tanulságként megfogalmazható, hogy MSM populációban krónikus nem gyógyuló fissura esetén gondoljunk STI infekciókra is, amellett, hogy a gyulladásoos bélbetegségeket kizárjuk.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetet mondanak a cikkben felhasznált képanyagért a PTE KK Sebészeti Klinikának.

IRODALOM

1. Csatár É., Sárdy M.: Perianalis bőrbetegségek atlasza és kézikönyve. (2022), 24-35.
2. Tian L.H., Peterman T.A., Tao G. és mtsai.: Heterosexual anal sex activity in the year after an STD clinic visit. *Sex Transm Dis* (2008) 35, 905–909.
3. H.J.C. de Vries, A.V. Nori, H. Kiellberg Larsen és mtsai.: 2021 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *J EADV*. (2021) 35(7), 1434-1443.
4. Mayer K.H.: Sexually transmitted diseases in men who have sex with men. *Clin Infect Dis*. (2011) 53(3), 79–83.
5. de Vries H.J.: Sexually transmitted infections in men who have sex with men. *Clin Dermatol*. (2014) 32, 181–188.
6. Arnold C.A., Limketkai B.N., Illei P.B. és mtsai.: Syphilitic and lymphogranuloma venereum (LGV) proctocolitis: clues to a frequently missed diagnosis. *Am J Surg Pathol*. (2013) 37, 38–46.
7. de Vries H.J.C.: Lymphogranuloma venereum in the Western world, 15 years after its re-emergence: new perspectives and research priorities. *Curr Opin Infect Dis*. (2019) 32, 43–50.
8. van Aar F., Kroone M.M., de Vries H.J. és mtsai.: Increasing trends of lymphogranuloma venereum among HIV-negative and asymptomatic men who have sex with men, the Netherlands, 2011 to 2017. *Euro Surveill*. (2011), 2020-2025.
9. de Vries H.J.C., de Barbeyrac B., de Vrieze N.H.N. és mtsai.: 2019 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. (2019) 33, 1821–1828.
10. Saxon C., Hughes G., Ison C.: Asymptomatic lymphogranuloma venereum in men who have sex with men, United Kingdom. *Emerg Infect Dis*. (2016) 22, 112–116.
11. Pallawela S.N., Sullivan A.K., Macdonald N. és mtsai.: Clinical predictors of rectal lymphogranuloma venereum infection: results from a multicentre case-control study in the U.K. *Sex Transm Infect*. (2014) 90, 269–274.
12. Read T.R.H., Murray G.L., Danielewski J.A. és mtsai.: Symptoms, sites, and significance of *Mycoplasma genitalium* in men who have sex with men. *Emerg Infect Dis*. (2019) 25, 719–727.
13. Bissessor M., Tabrizi S.N., Bradshaw C.S. és mtsai.: The contribution of *Mycoplasma genitalium* to the aetiology of sexually acquired infectious proctitis in men who have sex with men. *Clin Microbiol Infect*. (2016) 22, 260–265.
14. Pinto-Sander N., Parkes L., Fitzpatrick C. és mtsai.: Symptomatic sexually transmitted proctitis in men who have sex with men. *Sex Transm Infect*. (2019) 95, 471.

Érkezett: 2023.05.14.

Közlésre elfogadva: 2023.05.16.