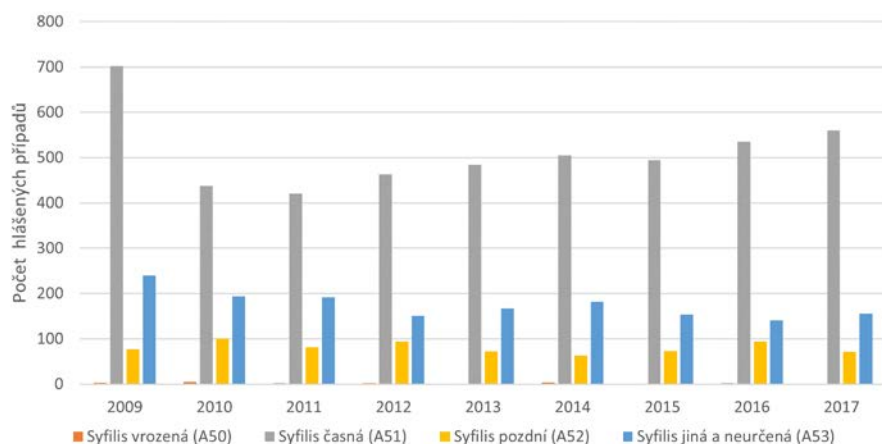
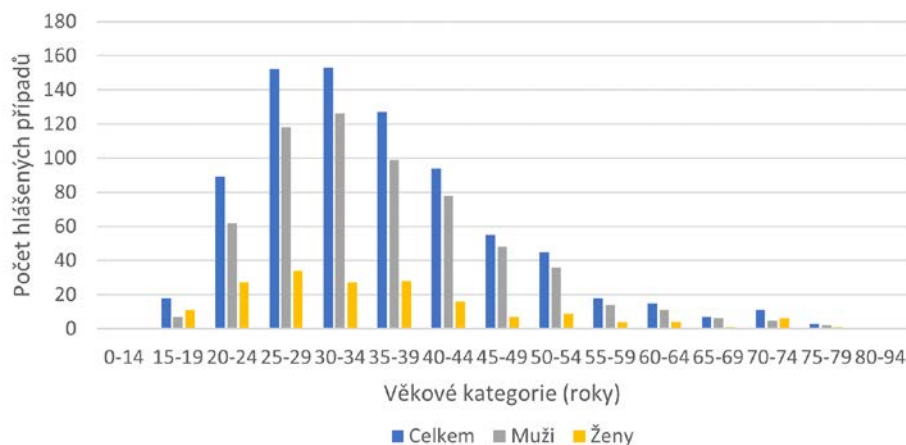


Graf 1. Počet hlášených případů syfilis v letech 2009–2017, upraveno dle: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021, Pohlavní nemoci 2018**Graf 2.** Počet hlášených případů syfilis dle věku a pohlaví, upraveno dle: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021, Pohlavní nemoci 2018**Tab. 1.** Stadia syfilis, upraveno dle Poláčková Z., Pohlavní choroby – 1. díl, 2008

Stadium	Časové rozmezí	Klinické projevy
Primární syfilis (1. stadium)	Za 3 týdny	Ulcus durum
	Za 5 týdnů	Zduření regionálních mízních uzlin („indolentní bubo“)
	Za 2–8 týdnů	Spontánní zhojení
Sekundární syfilis (2. stadium) střídání s obdobím časné latence	10. týden – 2 roky	Kožní exantémy, subfebrilie, atalgie, únava, generalizovaná lymfadenopatie, plaky a opaleskující papuly na sliznicích, laryngitida, tonsilitida, faryngitida, condylomata lata
Pozdní latence	5, 10, 20 let i více (neostrá hranice)	Bez projevů
Terciální syfilis (3. stadium)	5–30 let po infekci	Gummata, endarteritidy a periarteritidy malých a středních cév

a to časné (infekční) a pozdní (neinfekční). Standardně se u získané formy popisují tři stadia, která jsou současně s klinickým obrazem a časovým rozmezím popsána v tabulce 1.

Neurosyfilis

K postižení centrální nervové soustavy (CNS) při onemocnění syfilis může dojít během jakéhokoli stadia onemocnění, tedy

kdykoli během primárního či sekundárního stadia (časná syfilis) nebo terciálního stadia (pozdní syfilis). V patogenezi hraje důležitou roli neuroinvasivní infekujícího kmene, která se potencuje oslabenou imunoreaktivitou hostitele. Riziko nákazy a rozvoje syfilis je tedy u imunokompromitovaných pacientů vyšší. K průniku samotných treponem do CNS dochází již hodiny či dny po inokulaci. Klinický

obraz jednotlivých fází s laboratorním nálezem je shrnut v tabulce 2.

Diagnostika syfilis

Diagnostika syfilis se opírá o laboratorní vyšetření přímé a nepřímé. Přímá laboratorní diagnostika je vhodná zejména pro manifestní stadia, kdy lze předpokládat dostatečné množství spirochet v biologickém materiálu. Do této skupiny se řadí základní standardní vyšetření zástinovou mikroskopií, dále přímá imunofluorescence a detekce nukleových kyselin na principu PCR, která přináší téměř 100% specifitu. Nepřímá laboratorní diagnostika spočívá v průkazu protilátek v séru, plazmě nebo likvoru a lze ji využít zhruba od 4.–5. týdne po infekci. Serologické testy v rámci nepřímé diagnostiky se dělí na treponemové, které jsou založeny na detekci specifických protilátek proti antigenům treponem, a netreponemové, které spočívají v průkazu nespecifických antikardiolipinových protilátek jako produktu tkáňového poškození. Mezi netreponemové testy patří dnes běžně používaná RRR (rychlá reagiová reakce, neboli RPR, Rapid Plasma Reagin) a VDRL (Venereal Diseases Research Laboratories). Z treponemových metod se užívají testy TPHA (Treponema Pallidum Haemagglutination Assay) nebo TP-PA (Treponema Pallidum Particle Agglutination). Při pozitivitě screeningových testů je nutné nález confirmovat s Národní referenční laboratoří pro diagnostiku syfilis Státního zdravotního ústavu.

V diagnostice neurosyfilis má nezastupitelnou úlohu serologické, cytologické a biochemické vyšetření likvoru, jež využívá opět netreponemové a treponemové testy. Při suspekci na onemocnění neurosyfilis pravděpodobnost možnosti této diagnózy zvyšuje i pouhý cytobiochemický nález v likvoru – lymfocytární pleocytóza vyšší než 5 buněk/ μ l a hyperproteinorhachie.

Na CT vyšetření mozku jsou popisovány u pacientů s meningovaskulární formou neurosyfilis ischemické léze, ve fázi progresivní paralýzy je popisována kortikální atrofie, zejména v temporálních a frontotemporálních oblastech. Na MR mozku, mimo kortikální atrofie, v T2 vážených snímcích jsou nalézány hypersignální léze (Czarnowska-Cubała et al., 2013; Vaňousová et al., 2012; Státní zdravotní ústav, 2007).