

# Výskyt Lymphogranuloma venereum v České republice

## *The emergence of Lymphogranuloma venereum in the Czech Republic*

Hana Zákoucká, Daniela Vaňousová, Hanuš Rozsypal, David Jilich, Marie Staňková,  
Zuzana Kružicová, Kateřina Jůzlová, Jana Hercogová, Ladislav Machala

### Souhrn • Summary

Onemocnění Lymphogranuloma venereum, klasická pohlavní choroba tropů a subtropů, se nyní objevilo i u nás. Původcem jsou zvláště invazivní sérovary *Chlamydia trachomatis* L1, L2 a L3. Obdobně, jako v zemích EU, postihuje infekce zejména muže mající sex s muži. Časté jsou koinfekce ostatních sexuálně přenosných agens: HIV, syfilis, kapavka, VHC. Zásadní význam pro praxi má odlišná klinická manifestace – proktitida. Z hlediska diagnostiky je nutné po zachycení *Chlamydia trachomatis* ještě zajistit dourčení sérovaru, které je možné pouze molekulárně genetickými metodami. Test je možné po předchozí dohodě provést v NRL pro chlamydie, SZÚ.

*Lymphogranuloma venereum (LGV), a largely tropical or sub-tropical sexually transmitted disease (STD) that is rare in Europe, has emerged in the Czech Republic. The cause is Chlamydia trachomatis, in particular its invasive serovars L1, L2, and L3. Similarly to other EU countries, most LGV cases have been reported in men who have sex with men. Co-infections with other STDs such as HIV disease, syphilis, gonorrhoea, and viral hepatitis C (VHC) are often observed. LGV proctitis is a challenging diagnostic entity. Chlamydia trachomatis isolates need to be referred, after prior arrangement, to the National Reference Laboratory for Chlamydia of the National Institute of Public Health for serovar determination using molecular genetic methods.*

Zprávy EM (SZÚ, Praha) 2012; 21(6–7): 245–246.

**Klíčová slova:** Lymphogranuloma venereum, LGV, *Chlamydia trachomatis*, PCR, sérovary L1 až L3, MSM  
**Keywords:** *Lymphogranuloma venereum*, LGV, *Chlamydia trachomatis*, PCR, serovars L1-L3, MSM

### ÚVOD

Onemocnění, jehož možný výskyt na území ČR byl dříve spíše teoretický (v letech 1990 až 2009 byl hlášen pouze 1 případ), se nyní objevilo v návaznosti na nákazovou situaci v Evropě a zároveň rizikové sexuální chování i u nás. Jak jsme již uvedli v článku z loňského roku [1], šíří se od r. 2003 v zemích EU infekce zejména mezi „muži majícími sex s muži“ (MSM). Do roku 2009 bylo hlášeno 1398 případů (98 % MSM). V ČR máme zatím zachyceno a potvrzeno 14 případů Lymphogranuloma venereum (LGV).

### ETIOLOGIE

Vyvolavatelem infekce je *Chlamydia trachomatis* (CTR) z čeledi *Chlamydiaceae*, rodu *Chlamydia*. Sérovary (L<sub>1</sub>, L<sub>2</sub>, L<sub>3</sub>), které LGV způsobují, bývají označovány také jako biovar LGV. Odlišnost od ostatních sexuálně přenosných CTR (sérovary D-K) je dána především větší invazivitou a lymfotropností. Odolnost vůči vnějším fyzikálním a chemickým vlivům je však poměrně malá – velmi rychle hynou při teplotě nad 56 °C, po expozici běžným dezinfekčním prostředkům, nesnášejí vyschnutí. Přenos těchto intracelulárních energetických parazitů se děje téměř výhradně velmi intimním kontaktem (pohlavním stykem – koitálním, análním, event. orálním). Výjimečně se mohou uplatnit **bezprostředně kontaminované** a sdílené **předměty** – obvykle **sexuální hračky**.

### EPIDEMIOLOGIE

Klasicky se jedná o pohlavní chorobu endemickou v tropických a subtropických oblastech, kde postihuje jak muže, tak i ženy. V Evropě se dříve vyskytovala spíše jako importovaná nákaza v souvislosti s dlouhodobým pracovním pobytem v endemických oblastech nebo sexuální turistikou. V roce 2003 byly zaznamenány první případy v Nizozemí a jejich počet postupně narůstal až na stovky diagnostikovaných infekcí. Postiženy jsou zejména Velká Británie, Francie, Německo, Španělsko. Probíhající epidemie má od počátku některé zvláštní charakteristiky. Jde převážně o onemocnění MSM (98 %), velmi často HIV pozitivních (> 70 %). Významný je také podíl koinfekce virové hepatitidy C.

### KLINICKÝ OBRAZ

V klinickém obraze, po **inkubační době** cca 2–3 týdny (3–30 dní), obvykle odlišujeme 3 stádia.

**I. stádium** – papula, papulopustula až plošná ulcerace. Projev je typický na genitálu, event. perigenitálně. Inkubační doba může být i výrazně delší. Bakterie se rovněž mohou vyskytovat zcela asymptomaticky v uretře nebo v cervixu (uvolňování z buněk exocytózou bez jejich zničení a lokální reakce). Za těchto okolností se nosič nebo nosička stávají významným zdrojem. Za zhruba další 2 týdny se objeví **lymfadenitida**. Je výrazná, bolestivá, fixovaná ke kůži, proti spodině však pohyblivá. Kůže nad uzlinou se zbarvuje od zarudlé přes lividně-červenofialovou až po hnědočervenou. Centrum léze absceduje a následně perforuje na povrch. Vytéká hnisavý sekret. Po zhojení zůstává vtažená jizva.

**U žen a MSM** se v souvislosti s **receptivním análním**

**pohlavním stykem** může objevit **proktitida nebo proktokolitida**.

**II. stádium** – provázejí celkové příznaky – horečka, slabost, nechutenství, celková nevěle. Mohou se objevit revmatoidní obtíže, exantémy, meningoencefalitida, bolesti hlavy.

**III. stádium** – po několika měsících až letech se objevují následky zánětu v podobě fibrózy a lymfostázy v genitální eventuálně rektální oblasti a elefantiaza zevního genitálu.

Klinický průběh nemoci má zásadní význam jak v klinické, tak i v laboratorní diagnostice. Oproti klasickému, učebnicovému popisu se mnohem častěji nyní objevuje „anorektální syndrom“ – anitida nebo proktitida s hlenohnisavou sekrecí, bolestmi při defekaci, reflexní obstipací, tenesmy. Mohou být přítomny papulózní až ulcerativní projevy perianálně, ale častěji hlouběji v análním kanálu až rektu. Spádová lymfadenopatie drénující oblast je v tomto případě v malé pánvi. Výjimečně se objevuje uretritida nebo klasická ulcerace na glans penis. Ženy jsou postiženy sporadicky.

## EPIDEMIOLOGIE V ČR

Již od prvních známek zvýšeného výskytu LGV v Západní Evropě jsou si zejména kolegové z našich venerologických pracovišť dobře vědomi relativně jednoduchého modelu zavlečení infekce na naše území. Předcházející klinická podezření se poprvé podařilo potvrdit u pacienta z AIDS centra FN Bulovka. Klinicky šlo o HIV pozitivního muže s oboustrannou tříselnou lymfadenitidou, která postupně abscedovala a došlo k vyprázdnění purulentního obsahu kožní píštěl. Ve střevu z píštěle byla prokázána *Chlamydia trachomatis* a pacient byl léčen dlouhodobě (až do zhojení projevu) antibiotiky. Agresivní průběh infekce a stávající HIV pozitivita byly důvodem k předpokladu LGV etiologie obtíží. Laboratorně byl průkaz proveden až s několika měsíčním odstupem po zavedení nového testu (DPO multiplex PCR, Seegene) v NRL pro chlamydie, SZÚ. Mimořádné klinické úsilí kolegů z Kožní kliniky FN Bulovka a AIDS Centra Infekční kliniky FN Bulovka vedlo k zachycení dalších 13 případů (stav k 31.7.2012). Zatím se jednalo vždy o MSM, s výjimkou jednoho jsou všichni HIV pozitivní. Z ostatních pohlavně přenosných onemocnění byla současně zachycena 2x syfilis (1x recens, 1x latens), 3x koinfekce s *Neisseria gonorrhoeae* v rektu metodou PCR, 1x hepatitida C. Anamnesticky tito pacienti uvedli prodělanou 8x syfilis a 4x kapavku. V předchorobí jsou typické rizikové pohlavní styky s neznámým partnerem (partnery), často cizincem, návštěva swingers party, významně častý je údaj o sdílení sexuálních pomůcek, apod.

Klinicky byla u většiny pacientů v popředí proktitida s různou intenzitou obtíží, pouze 1x se vyskytla uretritida a 2x postižení tříselných lymfatických uzlin bilaterálně. U nemocných s lymfadenitidou byly projevy velice torpidní a jen velmi zvolna reagovaly na aplikovanou antibiotickou léčbu (kombinace doxycyklin, azithromycin). K podstatnému zlepšení a postupnému zhojení abscesů došlo až po spontánní perforaci a evakuaci. Tato klinická zkušenost koresponduje s popisem v literatuře.

## DIAGNOSTIKA

**Laboratorní průkaz** je v případě klinického nebo epidemiologického (depistážní šetření kontaktů nemocných) podezření vždy dvoukrokový. Je nutné využít dostatečně citlivou a spolehlivou diagnostickou metodu pro detekci CTR. V současné době je to především **PCR nebo real-time PCR**, v úvahu přichází také kultivace na buněčné kultuře (získání DNA vhodné k dalšímu zpracování). V případě positivity je **nutné doplnit genotypizaci**, která odliší sérovary D-K od L<sub>1</sub> - L<sub>3</sub>. Využívá se sekvenace nebo RFLP *omp-A* genu, real-time PCR nebo DPO (dual-priming oligonucleotide test) *pmp-H* genu. Vzhledem k vzácnému výskytu je vhodná úzká komunikace mezi laboratorním a klinickým pracovištěm.

**Sérologické vyšetření** má význam **orientační**. Podezření na LGV v souvislosti s klinickým nálezem je možné vyslovit při vysokých titrech protilátek zachycených metodou KFR (anti-LPS) nebo MIF (anti-CTR).

Depistáž se provádí u všech sexuálních partnerů z posledních 60 dní před vznikem pacientových obtíží.

## ZÁVĚR

Pro diagnostiku relativně vzácných infekcí je nezbytné jejich zařazení do diferenciálně diagnostické rozvahy typických i méně (jen pro určitý způsob přenosu, či rizikovou skupinu) typických projevů. U sexuálně přenosných infekcí je rozhodující sexuální a cestovní anamnéza, odkrývá možnosti infekční etiologie u chorob řešených spíše na interních nebo chirurgických pracovištích. Mimořádně důležitá je také spolupráce klinika s mikrobiologickým laboratorním pracovištěm a využití superkonziliárních testů u indikovaných případů.

## LITERATURA

1. Zákoucká H. Exotické choroby u nás? *Zprávy CEM (SZÚ, Praha)* 2011; 20(7): 250–253
2. ÚZIS, [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)
3. Chen CY, Chi KH, Alexander S. et al. The molecular diagnosis of lymphogranuloma venereum: evaluation of a real-time multiplex polymerase chain reaction test using rectal and urethral specimens. *Sex Transm Dis.* 2006; 34: 451–455
4. ECDC Surveillance report: Sexually Transmitted Infections in Europe 1990–2009, [www.ecdc.org](http://www.ecdc.org)

Hana Zákoucká  
NRL pro chlamydie  
Státní zdravotní ústav

Daniela Vaňousová, Jana Hercogová,  
Zuzana Kružicová, Kateřina Jůzlová  
Dermatovenerologická klinika  
2. Lékařská fakulta UK a Nemocnice na Bulovce

Hanuš Rozsypal, David Jilich, Marie Staňková  
Infekční klinika, 1. Lékařská fakulta UK  
a Nemocnice na Bulovce

Ladislav Machala  
Infekční klinika, 3. Lékařská fakulta UK  
a Nemocnice na Bulovce