

Egyre gyakoribb és diagnosztikai problémát jelentő kórkép

Lymphogranuloma venereum

A lymphogranuloma venereum a *Chlamydia trachomatis* L1–3 genotípusai által okozott, nemi úton terjedő fertőzés. A főként anogenitális kontaktus útján terjedő, korábban elsősorban a trópusi éghajlatú országokban előforduló fertőzés az utóbbi másfél évtizedben a fejlett országokban is jelentős járványokat okoz. Az esetek jelentős részében a haemorrhagiás proctitis klinikai képe jellemző, nemritkán diagnosztikus nehézséget okozva. A korai diagnózisnak és megfelelő kezelésnek nemcsak a szövdmények megelőzésében, hanem népegészségügyi szempontból is kiemelkedő jelentősége van.

A *Chlamydia trachomatis* obligát intracelluláris baktérium, melyet a felszíni membránfehérjék alapján különböző geno-/szervariáns csoportokba sorolnak. Ezek egymástól jelentősen eltérő klinikai tüneteket okoznak. Az A-C csoport felelős a fertőzés eredetű vakságot legnagyobb számban okozó trachomáért. A D-K csoportba tartozó kórokozók leggyakrabban a genitális traktus fertőzését okozzák, mely lehet tünetmentes, azonban nők esetében a fertőzés következtében meddőség, méhen kívüli terhesség is kialakulhat. Emellett okozhatnak conjunctivitist és újszülöttek esetében a szülőcsatornában történő fertőzés következtében – a conjunctivitis mellett – pneumoniát is (1). Az L-genovariáns törzsek – ellentétben a fent említett A-K genovariánsokkal, melyek a nyálkahártyán okoznak fertőzést – invazív tulajdonságuk révén képesek a nyirokutakat, nyirokcsomókat megfertőzni, így gyulladáshoz, hegesedéshez és következményes nyiroködémához vezetnek (2).

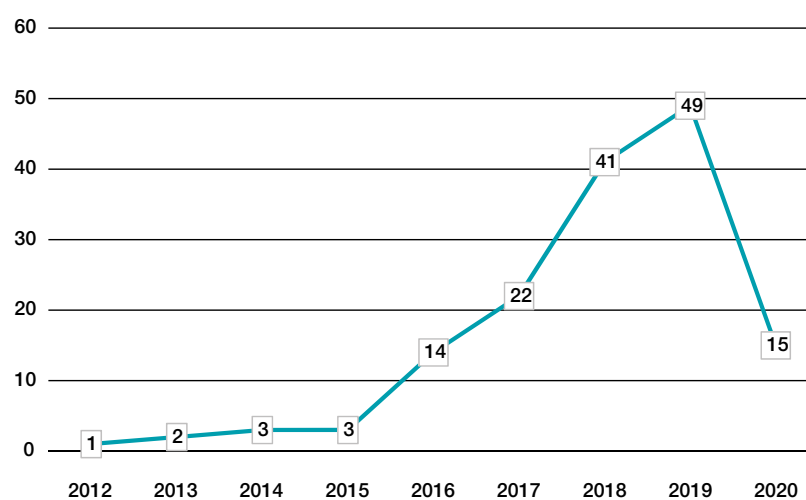
LGV A FEJLETT ORSZÁGOKBAN

Az antibiotikumok széles körű alkalmazását követően a lymphogranuloma venereum (LGV) elvétve fordult elő a fejlett országokban, ezek is leginkább behurcolt esetek voltak (1). Ez a helyzet megváltozott, amikor 2003-ban Hollandiából jelentettek 92 beteget érintő LGV-járványt (3), azóta az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) adatai alapján az incidenciát folyamatosan emelkedik Európában, az esetek jelentős részét Nagy-Britanniából, Franciaországból és Hollandiából jelentették (4). A fertőzések elsősorban az MSM- (men

who have sex with men) populációba tartozó betegeket érintik, a fertőzettek jelentős része HIV-fertőzött (5). Az első három hazai esetet 2015-ben az Országos STD Centrumból Bányvölgyi és munkatársai közölték (1), ezt megelőzően az első LGV-esetet 2012-ben a nyíregyházi Bőr- és Nemibeteg-gon-

1. ábra. Bejelentett LGV-megbetegedések száma Magyarországon. Forrás: Nemzeti Népegészségügyi Központ Járványügyi és Infekciókontroll Főosztály (7)

egydali fájdalmas inguinofemoralis nyirokcsomó-megnagyobbodás alakul ki, az esetek harmadában beolvadással. Az MSM-populációban az anorectalis érintettség előfordulása a leggyakoribb, melyre a fájdalmas, haemopurulens váladékozással kísért proctitis klinikai képe jellemző,



dozó Intézetben diagnosztizálták (6). 2020 végéig összesen 150 esetet jelentettek (1. ábra) (7).

JELLEMZŐ KLINIKAI KÉP

Amennyiben a behatolási kapu a genitális vagy az anális régióban van, inguinalis betegség alakul ki, melyet klasszikus formának is hívnak, ha az inokuláció a rectum nyálkahártyáján keresztül történik, az anorectalis szindrómára jellemző klinikai képet látjuk (2). 2003 előtt a fejlett országokban – a trópusi országokban jelenleg is – a klasszikus forma volt jellemző, melynek a fertőzést követően 3–30 nappal jelentkező első stádiumában a kórokozó belépési helyén egy hét alatt spontán gyógyuló ulceratio jelentkezik. A 2–6 héten belül jelentkező második szakaszban általában

a tünetek súlyosságát illetően jelentős egyéni variációval (2). A betegek mintegy negyedében tünetmentesen zajlik az infekció (8). Láz, hőemelkedés, izom- és ízületi fájdalom kísérhetik a tüneteket (2). A késői szövdmények – melyek nőknél fordulnak elő gyakrabban – a betegség harmadik stádiumában jelennek meg a fertőzést követően hónapokkal, évekkel. Kezelés nélkül a krónikus progresszív lymphangitis oedemat és fibrosist okoz, ami az érintett régióban összenövéshez, sipolyokhoz, szöveti destrukcióhoz, végső soron elephantiasishoz (9), ritkán megacolon kialakulásához vezethet (2).

DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKA

Differenciáldiagnosztikai szempontból az első stádiumban ulcus molle, granuloma inguinale, syphilis, herpes, a második stádiumban az előbbieket mellett tularemia, tuberculosis lymphoma, az anorectalis tünetek esetén herpes, gonorrhoea, syphilis, *Chlamydia trachomatis* D–K genotípusa által okozott fertőzés, valamint irritabilis bél szindróma, gyulladással járó bélbetegség és malignitás merülhet fel.

DIAGNOSZTIKA

Klinikai gyanú esetén minden esetben javasolt a mintavétel. Javasolt továbbá a kontaktusok vizsgálata,

illetve MSM-páciens esetén pozitív anális *Chlamydia trachomatis*-minta további vizsgálata LGV irányában. Az LGV diagnózisát a genovariáns-specifikus *Chlamydia trachomatis*-DNS kimutatásával kell megerősíteni. Erre kétféle eljárás javasolt, a nukleinsav amplifikációs teszttel detektált *Chlamydia trachomatis*-DNS esetén, az LGV genovariáns-specifikus *Chlamydia trachomatis*-DNS-t kell azonos mintából kimutatni (2). Vizsgálatra alkalmas a seb-, az urethra-, az anális váladék, a rectumfal-biopsziátum, valamint a nyirokcsomó-punktátum.

TERÁPIA

A szakmai ajánlások alapján az első vonalbeli kezelés napi 2×100 mg doxycyclin 21 napig. Alternatív lehetőség az erythromycin vagy azithromycin, továbbá írtak le sikeres kezelést moxifloxacin, minocycline és rifampicin alkalmazásával (1. táblázat) (2). Amennyiben nem az első vonalbeli kezeléssel történik a gyógyítás, kontrollvizsgálat elvégzése javasolt (2).

SZŰRŐVIZSGÁLATOK

Az LGV-fertőzéssel diagnosztizált betegeknél egyéb nemi betegség irányában – syphilis-, gonorrhoea-, HIV-, hepatitis C-, hepatitis B-szűrővizsgálatok javasoltak (2).

A jelenlegi hazai és európai járványügyi helyzetben a tünetmentes HIV-vel élő, illetve HIV preexpozíciós profilaxisban részesülő MSM-páciensek rendszeres anorectalis szűrése LGV irányában javasolható lenne (2) (10).

GASZTROENTEROLÓGIAI ÉS PROKTOLÓGIAI VONATKOZÁSOK

Az LGV-fertőzés hazai megjelenése egyelőre nem gyakori, azonban fontos kiemelni, hogy az incidenciát az utóbbi években meredeken emelkedik, és az európai járványügyi

adatokat figyelembe véve itthon is számítani lehet az incidenciát további jelentős emelkedésre. A fertőzés lehetőségére gondolni kell, a proctitis klasszikus klinikai képe mellett, az urethritist kísérő, fájdalmas, megnagyobbodott nyirokcsomó észlelése esetén, nem csak HIV-fertőzött betegeknél. Kiemelendő, hogy LGV-fertőzésre utaló panaszokkal nemcsak nemi gyógyászathoz fordulnak a betegek, hanem gasztroenterológus és proktológus kollégákhoz is. Tamási és munkatársai az Országos STD Centrumban 2017-ben és 2018-ban diagnosztizált LGV-esetek klinikai jellemzőinek összefoglalásával foglalkozó közleményükben is felhívják a figyelmet a gasztrointesztinális tünetek jelentőségére. Vizsgálatukban az esetek több mint 90%-ában az LGV anorectalis lokalizációjú volt, a betegek 32%-a a panaszai miatt először gasztroenterológiai vagy proktológiai szakrendelésen jelentkezett (10). A mielőbbi korrekt diagnózis, adekvát – szükség esetén szimptomatológiai – kezelés és kontaktuskutatás nemcsak az adott páciens érdeke, de elengedhetetlen járványügyi szempontból is.

DR. TÓTH BÉLA

Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest

IRODALOM

- Banvolgyi A, Balla E, Bognar P, et al. Lymphogranuloma venereum: the first Hungarian cases. *Orv Hetil.* 2015;156(1):36–40.
- de Vries HJC, de Barbeyrac B, de Vrieze NHN, et al. 2019 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(10):1821–1828.
- Nieuwenhuis RF, Ossewaarde JM, Gotz HM, et al. Resurgence of lymphogranuloma venereum in Western Europe: an outbreak of *Chlamydia trachomatis* serovar L2 proctitis in The Netherlands among men who have sex with men. *Clin Infect Dis.* 2004;39(7):996–1003.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Lymphogranuloma venereum. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2018. Stockholm: ECDC; 2020.
- Ronn MM, Ward H. The association between lymphogranuloma venereum and HIV among men who have sex with men: systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis.* 2011;11:70.
- Balla E, Petrovay F, Mag T, et al. Confirmed cases of lymphogranuloma venereum in Hungary, 2012–2014: supportive diagnostic tool of immunoblotting. *SEX TRANSM INFECT.* 2015;91(3):200.
- Forrás: Nemzeti Népegészségügyi Központ Járványügyi és Infekciókontroll Főosztály.
- Saxon C, Hughes G, Ison C, Group ULC-F. Asymptomatic Lymphogranuloma Venereum in Men who Have Sex with Men, United Kingdom. *Emerg Infect Dis.* 2016;22(1):112–116.
- Lazaro MJ, Lopez PM, Vall-Mayans M, et al. A case of late-stage lymphogranuloma venereum in a woman in Europe. *Sex Transm Dis.* 2013;40(10):792–793.
- Tamási B, Tóth B, Balla E, et al. Lymphogranuloma venereum: a nemi gyógyászat és a gasztroenterológia találkozási pontja. *Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle.* 2019;95(3):81–85.

1. táblázat. LGV-fertőzés kezelése az International Union of Sexually Transmitted Infections (IUSTI) európai LGV-guideline (2019) alapján (2). PO: per os

Gyógyszer	Ajánlás	Adagolás
Doxycyclin	Első vonalbeli	100 mg naponta 2×, 21 napig, PO
Erythromycin	Alternatív	400 mg naponta 4×, 21 napig, PO
Azithromycin	Alternatív	egyszeri 1 g, vagy 1 g heti 1×, 3 hétig, PO
Minocyclin	Escape	egyszeri 300 g, majd 200 mg naponta 2×, 21 napig, PO
Rifampicin	Escape	600 mg naponta 1×, 21 napig, PO
Moxifloxacin	Escape	400 mg naponta 1×, 21 napig, PO