



J.G.C. Tuk
J.A.H. Lindeboom

Hoofd-halsmanifestaties van syfilis

Samenvatting

Trefwoorden:

- Orale pathologie
- Syfilis
- Infectie

Uit de afdeling Mondziekten en kaakchirurgie van het Academisch Medisch Centrum Amsterdam/Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Datum van acceptatie: 16 maart 2001.

Adres:

J.A.H. Lindeboom
AMC
Postbus 22660
1100 DD Amsterdam

Dit artikel geeft een overzicht van de huidige mogelijkheden voor de diagnostiek en de behandeling van syfilis. Ook de tandarts kan een rol spelen in de detectie en de verwijzing van patiënten die mogelijk met deze ziekte zijn besmet. Vroegtijdige opsporing en behandeling kunnen de morbiditeit en de mortaliteit van deze ziekte sterk verbeteren. Er worden twee patiënten beschreven die op de polikliniek Mondziekten en kaakchirurgie van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam zijn onderzocht. De diagnose syfilis werd bij beide patiënten gesteld op basis van symptomen in het hoofd-halsgebied.

TUK JGC, LINDEBOOM JAH. Hoofd-halsmanifestaties van syfilis. Ned Tijdschr Tandheelkd 2001; 108: 190-192.

Patiënt A

Een man van 62 jaar oud was door zijn huisarts verwezen in verband met een sinds twee maanden aanwezige pijnlijke verdikking op de tong. Tevens was er sprake van huiduitslag. De patiënt gaf voor de huiduitslag de verklaring dat er mogelijk een allergie voor een beitsproduct bestond. Uit de anamnese bleek patiënt bekend te zijn met diabetes mellitus type II. Er bestond geen verleden van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA). De patiënt was sinds zes jaar met roken gestopt en gebruikte matig alcohol. De patiënt was niet bekend met allergieën. Het uitwendig onderzoek toonde een uitgebreid erythematopapuleus exantheem op armen, handpalmen, benen, voetzolen, buik en rond de mond (afb. 1). Het mondonderzoek toonde een ulcus op de rechter tonghelft ter grootte van 2 cm², geïnduceerd en niet pijnlijk bij palpatie (afb. 2). Op de linker tonghelft was éénzelfde type ulcus ter grootte van 0,5 cm² aanwezig. Differentieel diagnostisch werd gedacht aan een chronische traumatische laesie, een ontstekingsreactie van de mucosa of een maligne proces. Uit de rechter laesie werd een incisiebiopt genomen. Serologisch onderzoek werd aangevraagd. Het pathologisch verslag toonde een plasmacellulaire ontsteking met spirocheten. Serologie voor syfilis was positief. De diagnose syfilis, secundair stadium, werd gesteld en de patiënt en zijn partner zijn volgens het verderop



Afb. 1. Exantheem bij het secundaire stadium van syfilis: huid van de buik (a), handpalmen (b) en gelaatshuid (c).



beschreven schema behandeld. Na zes maanden waren de laesies op de tong en de uitslag op de huid restloos verdwenen. De serologische controle toonde geen activiteit meer van de ziekte aan.

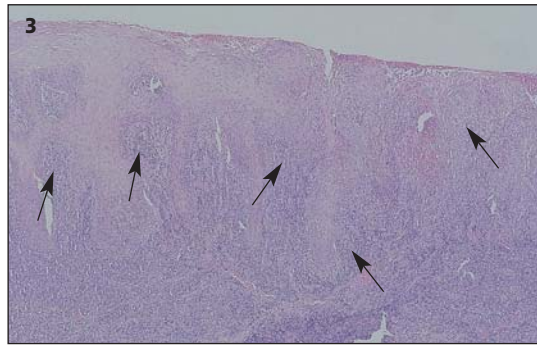
Patiënt B

Een gezonde man van 47 jaar oud was door zijn tandarts verwezen in verband met een pijnklacht in de linker kaakhoek. Het onderzoek toonde een submandibulaire, vast elastische, bij palpatie matig pijnlijke zwelling, die beweegbaar was ten opzichte van de onderlaag. Het mondonderzoek toonde een gerestaureerde gezonde dentitie zonder slijmvliesafwijkingen. Op het orthopantomogram werden geen afwijkingen gevonden. Differentieel diagnostisch werd gedacht aan een sialoadenitis van de glandula submandibularis, een cyste, een lymfadenitis colli of een tumor. Het vervolgonderzoek bestond uit een echogelegeide punctie uit de zwelling en bloedonderzoek. De patiënt ontwikkelde in de periode voor de uitslag van de vervolgonderzoeken een huidexantheem dat een sterke gelijkenis had met die van de vorige patiënt. In het punctaat werd reactief lymfoïd weefsel geconstateerd en de serologie was positief voor *Treponema pallidum*. De diagnose syfilis, secundair stadium, werd gesteld. De patiënt en zijn partner zijn door de GG&GD behandeld.

Beschouwing

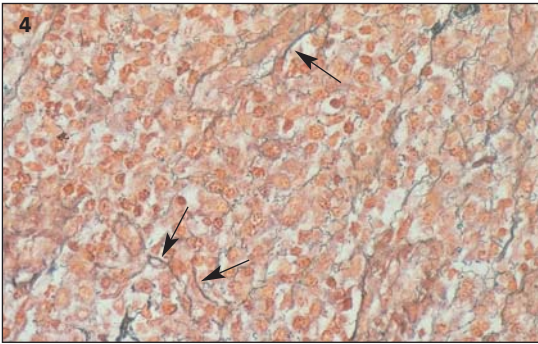
Syfilis wordt veroorzaakt door de bacterie *Treponema*





Afb. 2. Een fors ulcer ter plaatse van de laterale tongrand.

Afb. 3. Histologische coupe met hematoxyline-eosinekleuring. Het ulcererend oppervlak is aan de bovenzijde zichtbaar. Het oppervlakte-epitheel is tot het stratum basale verdwenen. In het stroma zijn vele plasmacellen aanwezig (zie pijlen).



Afb. 4. Detailopname van het stroma met Steiner-kleuring bewerkt; de spirocheten zijn als zwarte draadvormige structuren zichtbaar (zie pijlen).

pallidum. De ziekte staat van oudsher bekend als de 'great imitator' of de 'great imposter' vanwege de vele verschijningsvormen die de ziekte kan aannemen. *Treponema pallidum* werd voor het eerst gekweekt door Schaudinn en Hoffman in 1905. De naam lues als synoniem voor syfilis komt uit het Latijn (lues venereum) en betekent 'seksueel besmettelijke ziekte'.

Treponema pallidum kan de seromucosale membraan passeren en zich verspreiden in de bloedbaan en het lymfestelsel. Vrijwel ieder orgaan kan aangedaan zijn; *Treponema pallidum* deelt eens in de dertig uur.

De patiënt doorloopt, indien onbehandeld, een aantal stadia. Na een besmetting en een incubatietijd van drie tot negentig dagen ontstaat het primaire stadium, ook stadium I genoemd (Mandell *et al*, 2000). Dit stadium wordt gekenmerkt door *ulcus durum* ('chancre'), dat zich klassiek bevindt op de plaats van inoculatie. Het is een pijnloze geïndureerde laesie op de huid of de mucosa. Vaak wordt de laesie niet opgemerkt en is na drie tot zes weken verdwenen. De ziekte bevindt zich hierna in de latente periode van twee tot acht weken. Dan ontstaan symptomen als huiduitslag, condylomata en mucocutane laesies op de huid. Tevens kunnen er afwijkingen in het lymfestelsel, het centraal zenuwstelsel en aan het oog ontstaan. Dit stadium wordt het secundaire stadium of stadium II genoemd. Indien de ziekte onbehandeld blijft, zullen ook deze symptomen in regressie gaan. De patiënt komt wederom in een latente fase en een deel van de patiënten zal een tertiaire syfilis (stadium III) ontwikkelen. *Treponema pallidum* kan in dit stadium alle organen in het lichaam aantasten. Neurologische ziektebeelden als dementia paralytica of tabes dorsalis kunnen ontstaan. Ook kunnen afwijkingen in het bot, de milt en de lever worden gezien. Gummata op de huid en een aneurysma aortae behoren tot de late complicaties van de ziekte syfilis.

Syfilis kan worden overgebracht door seksueel contact, placentaire overdracht, zoenen, bloedtransfusie

of door direct contact met een laesie. De incidentie van syfilis neemt momenteel zichtbaar af. De lagere incidentie wordt onder andere verklaard door seksuele gedragsverandering. Ook het huidige serologische screeningsbeleid van zwangere vrouwen en van patiënten die een SOA-kliniek bezoeken draagt hieraan bij (Wijgergangs *et al*, 1999). Risicogroepen voor een besmetting met *Treponema pallidum* vormen intraveneuze drugsgebruikers, homoseksuelen en prostituees. Op dit moment is ongeveer de helft van de syfilispatiënten van niet-Nederlandse afkomst. Sinds 1 april 1999 is de aangifteplicht voor zowel syfilis als gonorrhoe vervallen.

Histologie

Indien uit een laesie van de huid of de mucosa bipten worden genomen is het mogelijk de klassieke kenmerken van een *Treponema pallidum*-infectie te ontdekken (Regezi en Sciubba, 1999). Men kan een ulcererend oppervlak en een fors plasmacellulair infiltraat zien (afb. 3). Met een speciale Steiner-kleuring kunnen de spirocheten worden aangetoond (afb. 4).

Er bestaan 13 soorten spirocheten, alle met een grootte van 10 μm . De bekendste soort is *Treponema subspecies pallidum*, de verwekker van de ziekte syfilis. Ook de verwekkers van exotische ziekten, zoals Pinta, Bejel en Yaws, worden veroorzaakt door een spirocheet (Binford en Conner, 1976). Histologisch verschillen deze spirocheten niet en alleen met behulp van de anamnese en uit het klinisch beeld kan de spirocheet worden gedetermineerd.

Serologie

Bloedonderzoek is bij verdenking op een *Treponema*

pallidum-infectie het eerst aangewezen. Naast het algemene bloedonderzoek zijn er twee serologische testen voor de screening op *Treponema pallidum*. De Rapid Plasma Reagin Card (RPR)-test is een niet-specifieke *Treponema pallidum*-test, die zeer sensitief is en tevens een goed instrument vormt om de activiteit van de ziekte weer te geven. De *Treponema pallidum* Hemagglutinatie Assay (TPHA)-test is een zeer specifieke test. De test toont antitreponemale antistoffen aan en blijft levenslang positief (Mandell *et al*, 2000). Nieuwe specifieke testen zijn reeds voorhanden zoals de Fluorescent T.P. Antibody absorption (FTA-abs)-test en de Polymerase Chain Reaction (PCR)-test. De diagnostiek bij de late secundaire of tertiaire syfilis wordt vaak bemoeilijkt door de geringe aantallen spirochetes in de laesie. De PCR-test is sensitiever dan de TPHA-test en zou in deze situatie te prefereren zijn. De FTA-abs-test is de meest sensitieve test en kan bij congenitale en primaire syfilis geringe aantallen spirochetes aantonen. Beide testen zijn evenwel zeer duur.

Behandeling

Zowel stadium I en II, de latente fase, als de tertiaire orgaansyfilis worden gedurende drie weken behandeld met benzathine benzylpenicilline; 2,4 miljoen eenheden intramusculair wekelijks. Na één jaar wordt de activiteit van de ziekte met serologische testen gecontroleerd. Neurosyfilis en HIV-positieve patiënten moeten agressiever worden behandeld, namelijk met penicilline G, zesmaal daags 2 miljoen eenheden intravas-

culair gedurende veertien dagen. Na zes maanden moet een lumbaalpunctie worden uitgevoerd om te controleren of de neurosyfilis tot stilstand is gekomen.

Conclusie

Hoewel de incidentie van syfilis in Nederland op dit moment daalt, is waakzaamheid geboden op eventuele epidemische verheffingen zoals die zich in het verleden hebben voorgedaan. Om deze reden moet syfilis in de differentiële diagnose gehandhaafd blijven. Iedere patiënt met een verdachte laesie in het mondslijmvlies van blijvende of voorbijgaande aard zal moeten worden verwezen om uitgebreid te worden onderzocht. Met het onbehandeld laten van deze ziekte kan de patiënt en zijn eventuele partner een ernstige en soms levensbedreigende aandoening verwerven. De tandarts kan met de halfjaarlijkse controle een goede bijdrage leveren aan de screening op deze steeds zeldzamer wordende ziekte.

Literatuur

- BINFORD CH, CONNER DH. Pathology of tropical and extraordinary diseases. Washington: Armed forces Institute of Pathology, 1976; 101-117.
- MANDELL GL, BENNETT JE, DOLIN R. Principles and practice of infectious diseases. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000; 2474-2494.
- REGEZI JA, SCIUBBA JJ. Oral pathology: clinical pathologic correlations. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1999; 30-35.
- WIJGERGANGS LM, RIJLAARSDAM J, LAAR MJW VAN DE. De aangifte van gonorrhoe en syfilis in Nederland in de periode 1976-1998. Infectie-

A method to restore the occlusal plane in mutilated dentitions

In mutilated dentitions the remaining teeth are often migrated, rotated, or erupted. In such situations it is necessary to restore the plane of occlusion adequately. In this article a method is described to restore this plane with the help of the Camper's plane. An intermediary plane is used, drawn on the study model of maxillary teeth, as well as the 'Correct bite®' system. udy model of maxillary teeth, as well as the 'Correct bite®' system

13.Summary

13.Key words

- Prosthetic dentistry
- Plane of occlusion
- Mutilated dentition