

文章编号 1006-8147(2020)06-0575-02

病例报告

SWEET 病样表现的梅毒 1 例报告

刘玉洁,孔祥君,李群燕,聂振华

(天津市中医药研究院附属医院皮肤科,天津 300120)

关键词 梅毒; SWEET 病; 红斑

中图分类号 R759.1

文献标志码 B

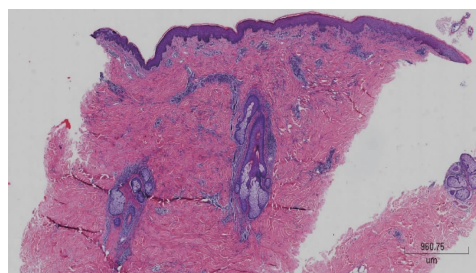
急性发热性嗜中性皮病又名 SWEET 病(Sweet's disease),由 Sweet 于 1964 年首次报道,临床中并不少见,常见于中年女性,主要表现为发热,特征性皮疹为隆起性疼痛性水肿性红色丘疹、斑块或结节,表面可因真皮乳头高度水肿呈乳头状或粗颗粒状,似假性水疱^[1],好发于四肢、面颈部、躯干上部。本文报告 1 例表现为 SWEET 病样的梅毒患者。

1 临床资料

患者,男性,69 岁,背部红斑、丘疹瘙痒 5 个月。患者自述 5 个月前无明显诱因背部出现少量红斑、丘疹伴轻微瘙痒,行病理检查示真皮层胶原纤维增生,血管周围慢性炎细胞浸润,后病情加重,背部、颈后、右前臂可见片状及环状红斑,部分融合,周边稍隆起,触之有浸润感,伴有轻微疼痛感,无发热。再次于背部皮疹处行病理及免疫组化检查示:表皮棘层轻度增厚,真皮内血管、附属器周围及胶原间较多淋巴细胞、中性粒细胞浸润,并可见核尘(图 1)。免疫组化:CD45Ro(+),CD4(+),CD8(+),CD3(+),CD20(+),CD30(-),CD79a(+),CD68(+),Ki-67 约 10%。血常规:白细胞 $9.5 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $6.49 \times 10^9/L$ 。免疫全项:抗核抗体 1:40(+),IgG:16.5 g/L, IgA:5.99 g/L, C 反应蛋白:43.3 mg/L。背部皮疹真菌镜检(-)。为求进一步诊治,门诊以“SWEET 病?”收入院。患者自发病以来神清,精神好,无发热,无咳嗽,双下肢不肿,纳食、夜寐及二便均可。既往体健,否认传染病史。

体格检查:系统检查无明显异常,浅表淋巴结未触及。专科检查:颈后、背部、右前臂可见多数暗红色片状及环状斑块,中央颜色暗,周边隆起触之浸润感、颜色稍红,部分似可见假性水疱,右前臂红斑中央可见衣领状鳞屑,手足掌无皮疹,生殖器无破溃。自觉轻微触痛及瘙痒感(图 2)。

作者简介 刘玉洁(1984-),女,主治医师,硕士,研究方向:皮肤病与性病学;E-mail:272387999@qq.com。



注:表皮棘层轻度增厚,真皮内血管、附属器周围及胶原间较多淋巴细胞、中性粒细胞浸润,并可见核尘

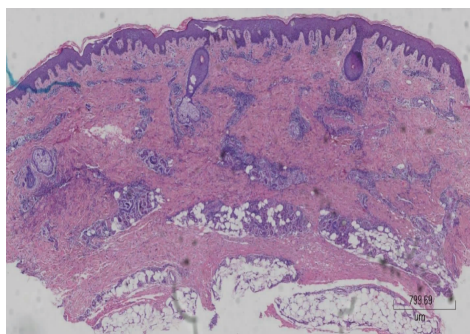
图 1 病理表现(HE, 20x)



注:颈后、背部、右前臂可见多数暗红色片状及环状斑块,中央颜色暗,周边隆起触之浸润感、颜色稍红,部分似可见假性水疱,右前臂红斑中央可见衣领状鳞屑

图 2 临床表现

理化检查:入院后于右前臂新发皮疹处再次行病理检查及免疫荧光,活检示:表皮棘层轻度增厚,真皮内血管、附属器周围较多淋巴细胞、中性粒细胞、嗜酸性粒细胞浸润,偶见浆细胞(图 3)。直接免疫荧光:基底膜带 IgG(-),IgA(-),IgM(±),CD3(-)。其他理化回报:血常规:白细胞 $7.04 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $4.04 \times 10^9/L$,中性粒细胞比率:57.5%,血沉:47 mm/h;生化全项:白蛋白:39 g/L,总胆固醇:5.88 mmol/L;乙肝五项:2、4、5 阳性;肿瘤五项:癌胚抗原 8.97 ng/mL;梅毒:快速血清反应素环状卡片试验 1:64(+),梅毒螺旋体颗粒凝集试验(+);尿常规:潜血(+);人



注:表皮棘层轻度增厚,真皮内血管、附属器周围较多淋巴细胞、中性粒细胞、嗜酸性粒细胞浸润,偶见浆细胞

图3 第二次病理表现(HE,20×)

类免疫缺陷病毒、丙型肝炎病毒、血凝、D-二聚体未见异常。腹部彩超:肝囊肿(多发),肾囊肿,前列腺增生伴钙化。T-spot:混合淋巴细胞培养+干扰素测定 A(ESAT-6):1(参考值<6);混合淋巴细胞培养+干扰素测定 B(CFP-10):0(参考值<6)。再次详细追问病史,患者承认2年前曾有不洁性接触史,但诉外阴部位未见皮疹。

诊断:SWEET病样表现的梅毒。

治疗:足疗程驱梅治疗(头孢地嗪2g静脉点滴每日1次,连续应用15d)及局部对症治疗(未系统加用糖皮质激素)。皮疹较前减轻。

2 讨论

SWEET病的病因不明,机体对细菌、病毒或肿瘤抗原的免疫过度敏感、免疫功能紊乱均可能引起和促进SWEET病。各种细胞因子、循环自身抗体、免疫复合物、人白细胞抗原血清型、真皮内树突状细胞和白细胞趋向性均可能在SWEET病的发病机制中起重要作用^[2-4]。SWEET病患者末梢血中性粒细胞增多,病理特征为真皮乳头水肿,真皮内小血管周围大量中性粒细胞浸润。应用抗生素治疗效果不好,系统应用糖皮质激素治疗有效。

梅毒是由苍白密螺旋体引起的一种慢性经典

的性传播疾病,可侵犯全身多个器官,产生多种多样的症状和体征,故又被称为“最佳模仿者”。梅毒主要通过性接触传染,也有体液、血液、胎传等多种方式。其可感染后多年无症状潜伏。梅毒诊断主要依靠血液学检查,组织病理变化主要是血管周围浆细胞、淋巴细胞浸润,及内皮细胞增生。当病理学表现不典型时可做银染色或免疫学方法查梅毒螺旋体。治疗原则为及时、及早、规范、足疗程。首选青霉素,其他可用三代头孢、四环素等。治疗后定期复查滴度。

根据以上理化检查本例患者诊断为梅毒,但皮疹为梅毒疹亦或是梅毒同时合并SWEET病?因SWEET病病因复杂,感染、药物、肿瘤等均可诱发,而该患者乙肝两对半中2、4、5阳性,说明既往曾感染过乙肝病毒,故乙肝病毒或梅毒螺旋体感染均可能引起SWEET病,因局部组织病理行螺旋体免疫组化检查为阴性,说明局部组织中未检测到梅毒螺旋体,但并不能除外皮疹由梅毒引起。因梅毒是“模仿大师”,根据一元论解释,仍考虑皮疹为梅毒疹,故诊断为SWEET病样表现的梅毒。经正规足疗程驱梅治疗及局部对症治疗后,患者皮疹较前稍好转,2个月后电话随访原有皮疹基本消退,遗留色素沉着斑,但诉仍有少量新发皮疹,不影响正常生活,患者未予治疗。因此,对于梅毒这个“伟大模仿者”要引以为戒,对于不典型病例均应考虑到梅毒的可能性。

参考文献:

- [1] 赵辨.中国临床皮肤病学[M]. 4版.南京:江苏科学技术出版社,2009:875
- [2] Cohen P R. Sweet's syndrome—a comprehensive review of an acute febrile neutrophilic dermatosis[J]. Orphanet J Rare Dis,2007,2:34
- [3] Vashisht P,Heath Holmes M P. Sweet syndrome[J]. Stat Pearls,2017,2:1
- [4] Geller B J,Stone R M,Merola J F,et al. A man with fever,cough,and rash[J]. N Engl J Med,2015,373(1):74

(2020-04-17 收稿)