
Syfilis med dobbeltsyn

KORT KASUISTIKK

MAGNE SOLBERG NES

magne.solberg.nes@helse-forde.no

Nevrologisk avdeling

Førde sentralsjukehus

Magne Solberg Nes er konstituert overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KRISTIN LIF BREIVIK

Nevrologisk avdeling

Førde sentralsjukehus

Kristin Lif Breivik er spesialist i nevrologi og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Syfilis og nevrosyfilis er fortsatt aktuelle diagnoser i Norge. Vi beskriver her en pasient med ensidig ptose og dobbeltsyn, der anamnesen ga mistanke om syfilis.

En mann i 30-årene med kjent atrieflimmer, epilepsi og alkoholoverforbruk ble innlagt for øyeblikkelig hjelp etter to dagers sykehistorie med ensidig ptose og dobbeltsyn. Ved innkomst hadde pasienten okulomotoriusparese og redusert visus på venstre side (figur 1). Han ble utredet med kontrastforsterket CT caput, inkludert angiografi av halskar, samt MR caput uten kontrast. Undersøkelsene viste normale funn bortsett fra forstørrede lymfeknuter i mediastinum og over halsen.



Figur 1 Anisokori og ekstraokulær oftalmoplegi.

Da pasienten informerte om at han var homofil, ble hivscreening utført. Resultatet var negativt, men en kollega fra Hviterussland – et land med tidligere høy forekomst av syfilis (1) – foreslo å screene for syfilis. Pasienten hadde allerede gjennomført én negativ syfilisscreening ett år tidligere. Den nye prøven var positiv (tabell 1). Infeksjonsmedisiner ved Haukeland universitetssjukehus ble kontaktet for råd om videre utredning og behandling. Supplerende undersøkelser med kontrastforsterket MR caput samt CT helkropp viste ingen patologiske forandringer. Analysen av cerebrospinalvæsken etter lumbalpunksjon viste pleocytose med serumulike bånd og intratekal antistoffproduksjon mot syfilis – et funn med høy positiv prediktiv verdi for nevrosyfilis (tabell 2) (2).

Tabell 1

Utvikling av syfilisserologi over tre måneder fra og med primærinnleggelsen. TP = *Treponema pallidum*.

Analyse	Prøvetidspunkt		
	Under oppholdet	3 måneder etter utskrivning	9 måneder etter utskrivning
Syfilis-TP	Positiv	Positiv	Positiv
TPPA ¹	> 20 480	> 20 480	10 240
RPR ² -titer	256	128	4

¹*Treponema pallidum*-partikkelagglutinasjonstest

²Rapid plasma reagin

Tabell 2

Spinalvæskefunn ved primærinnleggelsen. CSF = cerebrospinalvæske.

Analyse	Verdi (referanse)
Utseende	Klar, fargeløs
Glukose	3,6 mmol/L
Glukose i CSF/blod-ratio	Normal (2/3)
Erytrocytter	1
Leukocytter	$23 \cdot 10^6/L$ ($< 3 \cdot 10^6/L$), 10 0 % mononukleære
Totalprotein	0,35 g/L ($< 0,50$ g/L)
IgG	0,06 g/L ($< 0,04$ g/L)
Isoelektrisk fokusering	3-4 serumulike bånd
Syfilis-RPR ¹	Positiv

¹Rapid plasma reagin

På bakgrunn av disse funnene konkluderte vi med at pasienten hadde nevrosyfilis med aseptisk meningitt og hjernenerveaffeksjon. Gjennom nye samtaler fortalte pasienten om ubeskyttet samleie med en annen mann 14 måneder før innleggelsen og at han én måned etter den negative syfilisprøven ett år tidligere hadde generell sykdomsfølelse, feber og forstørrede lymfeknuter i flere dager. I ettertid antar vi at denne episoden var uttrykk for sekundær syfilis med systemisk spredning, til tross for samtidig negative funn på screening.

Pasienten ble behandlet med intravenøs benzylpenicillin, noe som ga tilfredsstillende titerfall i serum (tabell 1). Pasienten ble henvist til poliklinikken for seksuelt overførbare infeksjonssykdommer ved Haukeland universitetssjukehus for videre oppfølging og smittekartlegging, da våre forsøk med smitteoppsporing mislyktes. Han var ved siste kontakt helt restituert.

Diskusjon

Syfilis er en infeksjonssykdom forårsaket av spiroketen *Treponema pallidum* og smitter hovedsakelig gjennom direkte seksuell kontakt. Sykdommen kan også overføres fra mor til foster intrauterint. Infeksjonen kan deles inn i tre stadier, som er adskilt fra hverandre med symptomfrie (latente) perioder (3). Kun et fåtall ubehandlede pasienter gjennomgår samtlige stadier. Etter inkubasjonstiden på i snitt tre uker utvikler de smittede primær syfilis, som kan være uten symptomer, men som regel er kjennetegnet av et smertefritt ulcus, såkalt primærsjanker, ved inokulasjonsstedet, med eller uten lymfadenopati.

Omtrent halvparten av dem som blir smittet, vil utvikle sekundær syfilis i løpet av to måneder til to år. Symptomene er generalisert lymfadenopati, utilpasshet, makulopapuløst utslett, slimhinneknuter og akutte nevrologiske tilstander, slik som meningitt med kranieevropatier, myelitt eller vaskulitt (4). Om lag en tredel vil senere utvikle tertiær syfilis, ofte tiår etter primærinfeksjonen. Dette

stadiet er ofte kjennetegnet av kardiovaskulære komplikasjoner, generaliserte pareser, gangforstyrrelser (grunnet affeksjon av bakstrengene, tabes dorsalis) eller atrofi av nervus opticus (5).

Antallet årlig påviste tilfeller av nevrosyfilis i Norge er ukjent, men Folkehelseinstituttets meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) viser en jevn økning i forekomsten av syfilis i Norge de siste tiårene, fra 61 påviste tilfeller i 2007 til 231 i 2018 – hyppigst blant menn som har sex med menn (5). Totalforekomsten av syfilis i 2020 har dessverre per medio oktober allerede overgått den i 2018 (Øivind Jul Nilsen, Folkehelseinstituttet, personlig meddelelse).

Menn som har sex med menn uten å være i et monogamt og langvarig forhold anbefales å undersøke seg for både syfilis og hivinfeksjon hver tredje måned (6). Mange eksperter mener også at tilfeldig og utstrakt bruk av antibiotika mot andre infeksjonssykdommer kan være med på å forhindre utvikling av tertiær syfilis (7). Ved uavklarte nevrologiske symptomer, særlig hos pasienter i risikogrupper, slik som hivsmittede, menn som har sex med menn, personer med flere seksualpartnere, prostituerte og enkelte etniske minoriteter, bør syfilis også i våre dager anses som en aktuell differensialdiagnose (1, 8). Nevrologiske symptomer kan oppstå når som helst i et syfilisforløp, og slike symptomer kan være de eneste tegnene på syfilissmitte.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

LITTERATUR

1. Herbert LJ, Middleton SI. An estimate of syphilis incidence in Eastern Europe. *J Glob Health* 2012; 2: 010402. [PubMed][CrossRef]
2. Cantor A, Nelson HD, Daeges M et al. Screening for syphilis in nonpregnant adolescents and adults: Systematic review to update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016.
3. Kent ME, Romanelli F. Reexamining syphilis: an update on epidemiology, clinical manifestations, and management. *Ann Pharmacother* 2008; 42: 226–36. [PubMed][CrossRef]
4. Lundekvam K, Hanlon M. En mann i 40-årene med sår på penis og utslett på underarmen. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 862–5.
5. Folkehelseinstituttet. Syfilis – veileder for helsepersonell. <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/syfilis---veileder-for-helsepersone/> Lest 2.9.2020.
6. Solomon MM, Mayer KH. Evolution of the syphilis epidemic among men who have sex with men. *Sex Health* 2015; 12: 96–102. [PubMed][CrossRef]
7. Marra CM. Neurosyphilis. Uptodate. <https://www.uptodate.com/contents/neurosyphilis> Lest 2.9.2020.

8. Kojima N, Klausner JD. An update on the global epidemiology of syphilis. *Curr Epidemiol Rep* 2018; 5: 24–38. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 11. januar 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0728

Mottatt 11.11.2019, første revisjon innsendt 23.2.2020, godkjent 27.10.2020.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.