

综合病例研究

DOI: 10.3969/j.issn.0253-9802.2024.02.014

外阴及肛周巨大扁平湿疣一例

沙嫣懿 崔晓 卢贵全 肖可文 李希清 张静

【摘要】 扁平湿疣是二期梅毒的典型皮损，常出现于最初发生硬下疳的邻近部位，研究发现扁平湿疣的梅毒螺旋体载量明显高于其他的二期梅毒疹。该文报告1例表现为外阴、肛周巨大扁平湿疣的二期梅毒。17岁女性患者因“外阴、肛周斑块2月余”就诊，专科查体：外阴、肛周可见红色湿润斑块，表面呈分叶状、疣状，融合成片，大小为12 cm × 3 cm。实验室检查梅毒非特异性血清试验滴度为1 : 64，梅毒特异性抗体检测189.000 COI，诊断为二期梅毒。予苄星青霉素驱梅治疗3周后，皮疹消退。该例提示皮疹生长迅速、体积巨大，临床少见，易误诊为巨大尖锐湿疣。

【关键词】 二期梅毒；扁平湿疣；外阴；肛周

A case of giant condyloma latum in vulvar and perianal areas Sha Yanyi[△], Cui Xiao, Lu Guiquan, Xiao Kewen, Li Xiqing, Zhang Jing. [△] Department of Dermatology, Sun Yat-sen Memorial Hospital, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510120, China
Corresponding author, Zhang Jing, E-mail: zhangj0811@126.com

【Abstract】 Condyloma latum is a typical lesion of secondary syphilis, which usually appears in the vicinity of the initial chancre. It is found that treponema pallidum load in condyloma latum is significantly higher than that in other secondary syphilis. We report a case of mesosyphilis presented as giant flat condyloma latum in vulvar and perianal areas. A 17-year female patient came to our clinic, complaining of plaques in vulvar and perianal areas more than 2 months. Physical examination showed giant red moist plaques in vulvar and perianal areas. The titer of non-specific antibody for syphilis was 1 : 64 and the specific antibody test for syphilis showed a value of 189.000 COI. The patient was diagnosed as secondary syphilis and treated with benzathine penicillin. The rash subsided after 3-week treatment. This case of condyloma latum with giant red plaques was easily misdiagnosed as condyloma acuminatum.

【Key words】 Mesosyphilis; Condyloma latum; Vulvar; Perianal areas

梅毒是由梅毒螺旋体引起的性传播疾病，若不治疗会随时间推移而呈现不同的分期，这取决于感染的病程、受累的部位和机体的免疫状况^[1,2]。梅毒螺旋体可在人体任何接触部位引发感染。约25% 未经治疗的一期梅毒患者会发展为全身性病变，即二期梅毒和三期梅毒。二期梅毒疹可表现为任何形式的皮疹，常见皮疹为弥漫性对称斑疹、斑丘疹和丘疹，呈紫铜色、红色或红褐色，部分表现为脓疱性梅毒疹，包括大小不一脓疱性梅毒疹、扁平脓疱性梅毒疹及溃疡-脓疱性梅毒疹（即恶性梅毒）。扁平湿疣是二期梅毒的相对特异性皮损，呈红色或灰白色扁平丘疹、斑块，表面糜烂，伴渗出，好发于外生殖器、会阴、肛周和口腔等温暖潮湿的部位，也有少数病例发生在面部、耳后等部位^[3,4]。二期梅毒未及时治疗或治疗效果不

佳可发展为累及心脏、眼等器官的三期梅毒。笔者报道收治的1例外阴、肛周巨大扁平湿疣，以期提高临床医师对外生殖器疣状增生巨大斑块患者的诊治水平。

病例资料

一、主诉、现病史及体格检查

患者女，17岁。因“外阴、肛周斑块2个月余”就诊。2个月前阴道口出现粟粒大小肤色扁平丘疹，无自觉症状，皮疹逐渐增大为红色斑块，伴渗出，3周后累及大小阴唇、肛周，伴瘙痒，未予治疗。既往体健，无慢性病史，有不洁性接触史。

体格检查：体温36.5℃，脉搏71次/分，呼吸19次/分，血压95/78 mmHg（1 mmHg=0.133 kPa）。

基金项目：国家自然科学基金青年基金项目（82002121）

作者单位：510120 广州，中山大学孙逸仙纪念医院皮肤科（沙嫣懿，崔晓，卢贵全，肖可文，李希清，张静）；516621 汕尾，中山大学孙逸仙纪念医院深汕中心医院皮肤科（崔晓）

通信作者：张静，E-mail: zhangj0811@126.com

神志清晰，颈软，浅表淋巴结未扪及肿大，双肺呼吸音清，未闻及明显干、湿啰音，心率 85 次 / 分，心律齐、无杂音。腹平软，全腹无明显压痛，肝、脾肋下未扪及，双下肢无水肿。专科检查：外阴、肛周可见红色湿润斑块，表面呈分叶状、疣状，融合成片，部分斑块表面可见黄白色分泌物，斑块无触痛，触碰后易出血（图 1A、B）；躯干四肢未见皮疹。

二、实验室检查及诊疗经过

实验室检查：血常规、尿常规、肝肾功能检查无异常。甲苯胺红不加热血清反应素试验（TRUST）滴度为 1 : 64，梅毒特异性抗体为 189.000 COI，外阴皮损组织病理示脓疱、浆疱、糜烂，角化过度，棘层明显增厚，棘细胞间细胞内水肿。真皮浅层及真皮深层血管、腺体周密集浆细胞、淋巴细胞、中性粒细胞、组织细胞、嗜酸性粒细胞浸润，部分嗜酸性粒细胞侵入表皮，血管内皮细胞肿胀（图 2A~C）。梅毒螺旋体抗体免疫组织化学（组化）染色阳性（图 2D），HIV 抗体检测阴性，分泌物培养未检出细菌及真菌，皮损组织人乳头瘤基因检测阴性，诊断为二期梅毒。予苄星青霉素 240 万 IU 分两侧肌内注射，1 次 / 周，连续 3 周。治疗第 2 周时皮损明显好转，第 3 周时皮损基本消退（图 1C），未行手术治疗。至投稿日仍在随访中。

讨 论

扁平湿疣是二期梅毒的典型皮损，常出现于最初发生硬下疳的邻近部位，研究表明坏死性角质细胞是二期梅毒的组织病理学特征之一，浆细

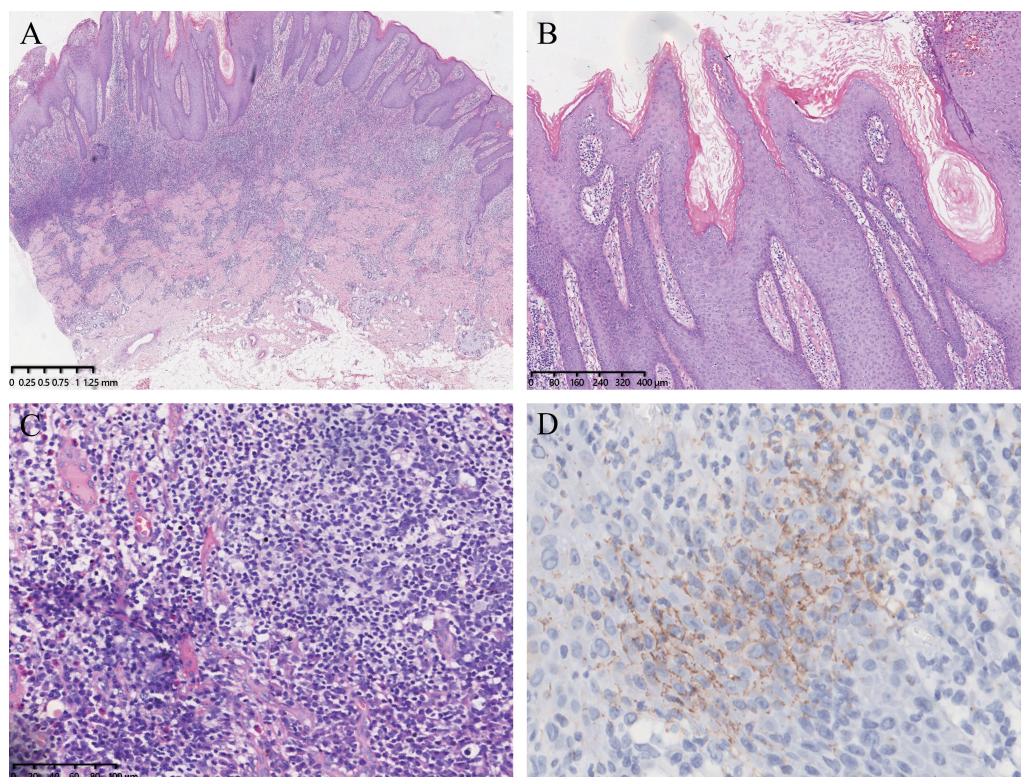
胞、不规则棘层增厚、延长的表皮突和内皮肿胀均有提示意义^[5]。二期梅毒患者的快速血浆反应素环状卡片试验（RPR）滴度中位数为 1 : 128，病变持续时间中位数为 24 d，扁平湿疣的梅毒螺旋体载量明显高于其他的二期梅毒疹^[6]。未及时接受治疗可引起巨大扁平湿疣，部分扁平湿疣的临床表现和组织病理学特征与疣状癌相似，易被误诊。Aung 等^[7]报道一例 21 岁男性患者肛门出现斑块样皮损，行组织病理学检查后初步考虑诊断为疣状癌，进一步行梅毒螺旋体抗体免疫组化检查，结果呈阳性，最终诊断为扁平湿疣，予苄星青霉素肌内注射治疗后皮损完全消退。因此，为避免误诊，在扁平湿疣诊断过程中应详细追问病史、重视皮损的组织病理学检查。在 HIV 感染者中报道过二期梅毒表现为更严重的溃疡，称为“恶性梅毒”，可出现全身性症状、关节痛、肝功能损害和脓疱性-溃疡性病损，尽管被称为“恶性”，但恶性梅毒经过适当的治疗可迅速好转，因皮损形态多样，需注意鉴别并联合抗逆转录病毒治疗^[89]。

基于现有药物的药代动力学、梅毒螺旋体的生长速率、抗微生物药物对梅毒螺旋体的体外活性和临床经验，胃肠外应用青霉素 G 仍是目前治疗各期梅毒的首选方法，对青霉素过敏者可选用四环素类和头孢菌素类，大部分患者经青霉素治疗 1 个月左右皮损可基本消退^[1011]。经治疗后的大部分早期梅毒患者会出现非梅毒螺旋体抗体血清转阴，抗体转阴后就无需额外的检查，除非怀疑新的感染。虽然血清转阴通常见于非梅毒螺旋体抗体，但梅毒螺旋体抗体血清转阴的病例也有报道，其发生率达 24%（特别是得到早期治疗的一期梅毒患者）^[1213]。非梅毒螺旋体滴度常会在降至 1/4 或以下后稳定在较低水平，但偶有患者的



注：A 为外阴皮疹；B 为肛周皮疹；C 为治疗第 3 周时外阴皮疹。

图 1 一例外阴、肛周巨大扁平湿疣患者外阴、肛周图片



注: A~C 为角化过度, 棘层显著增厚, 棘细胞间细胞内水肿, 真皮浅层及真皮深层血管、腺体周密集浆细胞、淋巴细胞、中性粒细胞、组织细胞、嗜酸性粒细胞浸润, 部分嗜酸性粒细胞侵入表皮, 血管内皮细胞肿胀 (A: HE 染色, $\times 100$; B: HE 染色, $\times 200$; C: HE 染色, $\times 200$); D 为梅毒螺旋体抗体免疫组化阳性 ($\times 400$)。

图2 一例外阴、肛周巨大扁平湿疣患者外阴斑块组织病理、免疫组化结果图片

抗体滴度较高, 特别是 HIV 感染者, 因为其存在抗体生成免疫失调。持续高滴度且近期没有检测过 HIV 的患者应检测 HIV。由于疾病分期和治疗前抗体滴度不同, 抗体滴度在治疗后的下降速度也有个体差异。研究发现早期梅毒患者的 RPR 可能相对晚期梅毒患者下降更快, 并且早期梅毒患者通常在治疗后 6 个月内即出现血清学应答, 而晚期潜伏梅毒患者的下降速度较慢, 一般需 12~24 个月^[14]。影响治疗后血清滴度下降速度的其他因素还包括既往梅毒发作情况、治疗前感染持续时间和有无合并 HIV 感染^[13-15]。若疗效不佳如体征或症状持续、非梅毒螺旋体滴度最初下降但随后增至 4 倍且持续 2 周以上、非梅毒螺旋体滴度未能降至 1/4, 则要确定患者是出现再感染、起效较慢还是治疗失败, 目前尚未报道青霉素耐药, 因此, 治疗失败的原因很可能是治疗依从性差、未使用青霉素、患者免疫功能受损或存在未诊断的中枢神经系统病变, 需重新启动治疗或更换治疗方案^[11]。

该例患者为未成年女性, 性生活开始时间较早, 性伴侣不固定, 为性传播疾病高危人群, 因

未及时治疗皮疹由无痛性扁平丘疹迅速发展为瘙痒性巨大扁平湿疣, 巨大皮疹使外阴失去正常外观, 病变累及大小阴唇、阴道口、肛周等部位, 为明确诊断, 除组织病理及梅毒血清学试验外, 加做梅毒螺旋体抗体免疫组化染色, 在皮损中发现大量梅毒螺旋体, 因此诊断为二期梅毒, 经青霉素治疗后皮损完全消退, 提示患者确诊梅毒后需及时且规范化治疗。

参 考 文 献

- [1] Tuddenham S, Ghanem K G. Management of adult syphilis: key questions to inform the 2021 centers for disease control and prevention sexually transmitted infections treatment guidelines [J]. Clin Infect Dis, 2022, 74 (Suppl 2): S127-S133.
- [2] Golden M R, Marra C M, Holmes K K. Update on syphilis: resurgence of an old problem [J]. JAMA, 2003, 290 (11): 1510-1514.
- [3] Baughn R E, Musher D M. Secondary syphilitic lesions [J]. Clin Microbiol Rev, 2005, 18 (1): 205-216.
- [4] Barei F, Murgia G, Ramoni S, et al. Secondary syphilis with extra-genital condyloma lata: a case report and review of the

- literature [J]. *Int J STD AIDS*, 2022, 33 (12): 1022-1028.
- [5] Liu X K, Li J. Histologic features of secondary syphilis [J]. *Dermatology*, 2020, 236 (2): 145-150.
- [6] Towns J M, Denham I, Chow E P F, et al. Clinical and laboratory aspects of condylomata lata lesions of syphilis [J]. *Sex Transm Infect*, 2023, 99 (3): 162-166.
- [7] Aung P P, Wimmer D B, Lester T R, et al. Perianal condylomata lata mimicking carcinoma [J]. *J Cutan Pathol*, 2022, 49 (3): 209-214.
- [8] Leavens J, Furukawa D, Gates G. Condyloma latum of the plantar foot: case report of an unusual manifestation of secondary syphilis [J]. *Int J STD AIDS*, 2021, 32 (14): 1354-1357.
- [9] Pleimes M, Hartschuh W, Kutzner H, et al. Malignant syphilis with ocular involvement and organism-depleted lesions [J]. *Clin Infect Dis*, 2009, 48 (1): 83-85.
- [10] Workowski K A, Bachmann L H, Chan P A, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021 [J]. *MMWR Recomm Rep*, 2021, 70 (4): 1-187.
- [11] Clement M E, Okeke N L, Hicks C B. Treatment of syphilis: a systematic review [J]. *JAMA*, 2014, 312 (18): 1905-1917.
- [12] Augenbraun M, Rolfs R, Johnson R, et al. Treponemal specific tests for the serodiagnosis of syphilis. Syphilis and HIV Study Group [J]. *Sex Transm Dis*, 1998, 25 (10): 549-552.
- [13] Romanowski B, Sutherland R, Fick G H, et al. Serologic response to treatment of infectious syphilis [J]. *Ann Intern Med*, 1991, 114 (12): 1005-1009.
- [14] Atsawaranunt K, Kittiyaowamarn R, Phonrat B, et al. Time to serological cure and associated factors among syphilis patients with and without HIV in a sexually transmitted infections center, Thailand [J]. *Sex Transm Dis*, 2020, 47 (5): 283-289.
- [15] Hook E W 3rd, Marra C M. Acquired syphilis in adults [J]. *N Engl J Med*, 1992, 326 (16): 1060-1069.
- (收稿日期: 2023-09-25)
(本文编辑: 杨江瑜)

