
Sekundær syfilis

KORT KASUISTIKK

MARIT SVINNDAL

marit.svinndal@stolav.no

Hudavdelingen

St. Olavs hospital

Universitetssykehuset i Trondheim

Marit Svinndal er lege i spesialisering.

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

ARILD DALEN

Avdeling for øre-nese-hals

St. Olavs hospital

Universitetssykehuset i Trondheim

Arild Dalen er overlege.

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

MARIT SAUNES

Hudavdelingen

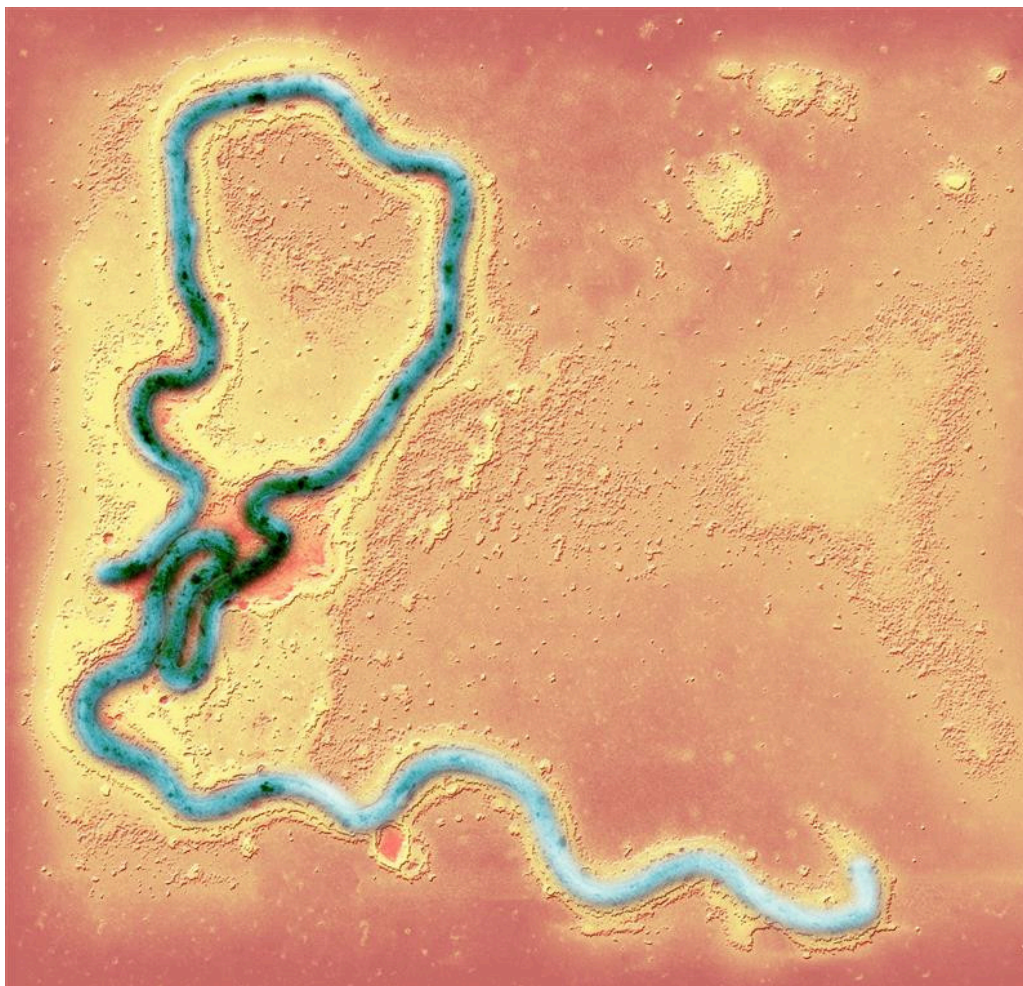
St. Olavs hospital

Universitetssykehuset i Trondheim

Marit Saunes er ph.d. og overlege.

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

En ung mann oppsøkte lege på grunn av langvarige halssmerter. Det ble funnet forstørrede lymfeknuter på halsen. Det ble mistenkt en malign tilstand, men utredningen viste funn forenlig med syfilis.



Syfilis-bakterie. Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB

En tidligere vesentlig frisk mann i 40-årene oppsøkte privat legespesialist på grunn av halssmerter med varighet på 3–4 måneder og lett redusert allmenntilstand. Ved klinisk undersøkelse ble det funnet bleke slimhinner i munnhulen, en liten adenoid i epifarynx, avlange, hypertrofe tonsiller og forstørrede lymfeknuter på halsen. Med unntak av forhøyede eosinofile lymfocytter var alle blodprøvene normale. Tilstanden ble klinisk vurdert som restsymptomer etter gjennomgått øvre luftveisinfeksjon, og han ble behandlet med 40 mg prednisolon daglig i 6 dager. Grunnet forstørrede lymfeknuter ble han henvist til ultralydundersøkelse, som viste forstørrede lymfeknuter på halsen og submandibulært. En 15 mm stor lymfeknute med inhomogen korteks ga mistanke om malignitet. Han ble deretter henvist til øre-nese-hals-avdelingen for videre utredning.

Ved øre-nese-hals-avdelingen ble funnene gjort av den henvisende legen bekreftet. Finnålscytologi av en forstørret lymfeknute på halsen viste irregulær lymfoid hyperplasi, med usikkerhet om forandringen var reaktiv eller neoplastisk. På mistanke om lymfom ble pasienten satt opp til eksterpasjon av hele lymfeknuten dagen etter. Operatøren repeterte klinisk undersøkelse og ultralyd, som viste forstørrede lymfeknuter uten mistanke om malignitet. For første gang ble det nå avdekket ulcerasjon i den bløte gane samt lettblødende slimhinne over begge tonsillelosjer. Under konsultasjonen kom det frem at pasienten hadde fast mannlig partner. Med tanke på eventuell infeksjons genese ble det, i tillegg til nye biopsier, rekvirert orienterende blodprøver, inkludert tester for hiv, syfilis, *Bartonella henselae* og Epstein-Barr-virus.

Biopsiene viste lymfoid hyperplasi uten sikre holdepunkter for malignitet. Immunfenotyping av tonsillebiopsi med lymfom / kronisk lymfatisk leukemi-panel viste normal fenotypisk populasjon, uten tegn til lymfomceller. Blodprøvene viste laktatdehydrogenase (LD) på 207 U/L (referanseområde 105–205), leukocytter $7,5 \times 10^9/L$ (4,1–9,8) og eosinofile granulocytter 7 % (0–8). Hemoglobinverdien var normal. Syfilisprøvene viste funn forenlig med en aktuell, behandlingsskrevende infeksjon: *Treponema pallidum*-antistoff, TPPA > 20 480, *Treponema pallidum*-antistoff, RPR 128 og *Treponema pallidum* IgM positiv. Pasienten ble henvist til venerisk poliklinikk, hvor det ble sikret adekvate prøver fra urin, anus og halssekret for å teste for andre seksuelt overførbare infeksjoner. Klinisk undersøkelse viste et svakt, erytematøst og nummulært eksantem på trunkus, uten forandringer i håndflatene eller fotsålene. Pasienten hadde lett diffus dermatitt perianalt, og ingen genitale sår. Han hadde ikke hårtap, og det var ingen symptomer fra andre organsystemer. Orienterende nevrologisk undersøkelse var normal.

Tilstanden ble klinisk vurdert som sekundær syfilis. Smittesporing ga imidlertid indikasjoner på at smitten kunne ligge mer enn ett år tilbake i tid, og han ble derfor behandlet med benzylpenicillin 2,4 millioner IE intramuskulært ukentlig i 3 uker (1). Hans faste partner hadde ingen symptomer, men positiv syfilisserologi, og fikk tilsvarende behandlingsregime. Kontroll ble avtalt etter tre, seks og tolv måneder. Ved tre måneders kontroll hadde pasienten fortsatt lett brennende fornemmelse i halsen, men ingen tegn til sår. Hudstatus var normal, og RPR-verdiene var redusert fra 128 til 16.

Diskusjon

Syfilis er en seksuelt overførbart infeksjon forårsaket av spiroketen *Treponema pallidum*. Sykdommen deles inn i primært, sekundært og tertiært stadium og kan gi en rekke hudmanifestasjoner og kliniske funn. Asymptomatiske latensfaser kan når som helst oppstå i et ubehandlet forløp. Tidlig latent defineres som < 1 år etter smittetidspunkt, mens sen latent > 1 år etter smittetidspunkt. Latent syfilis kan kun påvises ved positiv serologi.

Primær syfilis kjennetegnes typisk av ett eller flere smertefrie sår, definert som sjanker. Det oppstår på inokulasjonsstedet 3–90 dager etter eksponering og forsvinner gjerne spontant innen 3–6 uker. Det kan også forekomme regionalt forstørrede lymfeknuter. Sekundær syfilis representerer en systemisk spredning av spiroketen, og oppstår som regel innen uker til måneder etter den primære fasen. Typiske funn er blant annet allmennsymptomer, generelt forstørrede lymfeknuter og et karakteristisk diffust, makulopapuløst utslett, hovedsakelig lokalisert til trunkus og ekstremiteter, ofte med palmoplantar affeksjon (2, 3).

Pasienten i denne kasuistikken hadde flere av de ovennevnte funnene. På grunn av forstørrede lymfeknuter og allmennsymptomer var det viktig å utelukke lymfom. De samlede funn av benign utseende lymfeknuter ved ultralydkontroll, histologiske funn uten holdepunkt for malignitet og ingen

avvikende fenotype ved flowcytometri av tonsillebiopsi gjorde at denne diagnosen kunne avkrefte. I tillegg var aktiv, behandlingstrengende syfilis vel forenlig med det kliniske bildet pasienten presenterte.

Ubehandlet kan syfilis progrediere til tertiærstadiet, typisk 10–12 år etter en primærinfeksjon. Dette kan gi et bredt spekter av symptomatiske manifestasjoner som blant annet kan involvere det kardiovaskulære systemet eller føre til granulomatøs sykdom i hud, subkutan vev, ben eller viscera (2). Infeksjon i cerebros spinalvæsken fører til nevrosyfilis, som kan oppstå når som helst i et syfilisforløp og føre til et spekter av hørselssymptomer, synssymptomer eller andre akutte neurologiske tilstander. Pasienter med slike symptomer bør spinalpunkteres (4, 5). Ubehandlet kan syfilis føre til store lidelser for pasienten, slik det er beskrevet i Oslo-studien og studien fra Tuskegee, Alabama (6).

Forekomsten av syfilis har vært gradvis økende både på verdensbasis og i Norge siden midten av 1990-tallet. I 2023 ble det meldt totalt 208 nye tilfeller i Norge, hvor flertallet av disse var menn som har sex med menn. Smitten er også økende blant heteroseksuelle menn, med 30 rapporterte tilfeller, mot 169 blant menn som har sex med kvinner. For heteroseksuelle kvinner har forekomsten vært stabil de siste par årene.

Ifølge Folkehelseinstituttets årsrapport fra 2023 var omtrent halvparten av de som var smittet det året, diagnostisert med enten primær eller sekundær syfilis, mens de resterende hadde tidlig latent syfilis. Sen latent syfilis meldes ikke til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS), ettersom denne typen ikke regnes som smitteførende (7).

Syfilis kan gi en rekke ulike symptomer fra hud og slimhinner. Denne kasuistikken understreker betydningen av syfilis som en viktig differensialdiagnose ved uavklarte halssmerter med samtidig forstørrede lymfeknuter på halsen.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

LITTERATUR

1. Janier M, Unemo M, Dupin N et al. 2020 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2021; 35: 574–88. [PubMed][CrossRef]
2. O'Byrne P, MacPherson P. Syphilis. *BMJ* 2019; 365: l4159. [PubMed][CrossRef]
3. Whiting C, Schwartzman G, Khachemoune A. Syphilis in dermatology: Recognition and management. *Am J Clin Dermatol* 2023; 24: 287–97. [PubMed][CrossRef]
4. Sangesland A, Haugland HW, Næss IA et al. Syfilis med synstap. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.20.0707. [PubMed][CrossRef]

5. Nes MS, Lif Breivik K. Syfilis med dobbeltsyn. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.19.0728. [PubMed][CrossRef]
 6. Sandvik A, Lie AK. Ubehandlet syfilis – fra Oslo til Tuskegee. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 2010–6. [PubMed][CrossRef]
 7. Bruun T, Caugant D, Kløvstad H et al. Årsrapport 2023. Blod- og seksuelt overførbare infeksjoner. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2024.
<https://www.fhi.no/contentassets/bdfaa30f609b4734850foeb7746683f7/arsrapport-2023-blod--og-seksuelt-overforbare-infeksjoner.pdf> Lest 4.7.2025.
-

Publisert: 13. oktober 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0225

Mottatt 28.3.2025, første revisjon innsendt 21.6.2025, godkjent 4.7.2025.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.