

<https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-3-34-39>

Дифференциальная диагностика сифилитической и гнездной алопеции: клиническая картина, трихоскопические признаки

Мареева А. Н.^{*}, Катунин Г. Л., Рубцов А. Б.

Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии
Министерства здравоохранения Российской Федерации
107076, Российская Федерация, г. Москва, у л. Короленко, д. 3, стр. 6

Описан случай вторичного периода сифилиса с единственным клиническим проявлением — сифилитической алопецией.

Представлены особенности клинической картины, дифференциальной диагностики сифилитической и гнездной алопеции на основании данных трихоскопии.

Приведены данные трихоскопической картины у пациента с поражением волосистой части головы при сифилисе (мелкоочаговой формы алопеции): обломанные на разной высоте от 1 до 5 мм волосы, «пустующие» фолликулы («желтые» точки), анизотрихоз вследствие выпадения части терминальных волос. Представлена трихоскопия бровей: «желтые точки», веллус, поредение за счет выпадения части щетинистых волос. При сравнении трихоскопической картины гнездной алопеции и сифилитической выявлено отсутствие ряда признаков, часто встречающихся при гнездной алопеции, таких как: конические волосы, волосы «по типу восклицательного знака», зигзагообразные волосы, волосы «по типу монилетрикса», тюльпаноподобные волосы.

Обозначена актуальность и целесообразность скрининга пациентов с клинической картиной мелкоочаговой, диффузной, смешанной алопеции на сифилис с помощью серологических методов исследования крови.

Ключевые слова: **сифилис, гнездная алопеция, трихоскопия, алопеция**

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Для цитирования: Мареева А. Н., Катунин Г. Л., Рубцов А. Б. Дифференциальная диагностика сифилитической и гнездной алопеции: клиническая картина, трихоскопические признаки. Вестник дерматологии и венерологии. 2019;95(3):34–39. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-3-34-39>

Differential diagnostics of syphilitic alopecia and alopecia areata: The clinical picture and trichoscopic signs

Anastasia N. Mareeva*, Georgy L. Katunin, Anton B. Rubtsov

State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Health of the Russian Federation
Korolenko str., 3, bldg 6, Moscow, 107076, Russian Federation

This paper describes a clinical case of secondary syphilis, which was manifested exclusively by syphilitic alopecia. We describe the details of the clinical picture, as well as a differential diagnosis of syphilitic alopecia and alopecia areata on the basis of trichoscopy data.

For a patient with scalp lesions typical of syphilis (focal form of alopecia), the trichoscopic picture was represented by hairs broken at different heights from 1 to 5 mm, "empty" follicles ("yellow" dots), anisotrichosis due to the loss of terminal hair. The eyebrow trichoscopy showed "yellow dots", vellus hairs, hair thinning due to the loss of bristly hair. A comparison of the trichoscopic pictures for alopecia areata and syphilitic areata have revealed the absence in the latter of a number of signs typical of the former, such as pencil-point, exclamation-point, zigzag, monilethrix and tulip hairs.

Patients with a clinical picture of focal, diffuse or mixed alopecia should be tested for syphilis using serological methods.

Keywords: **syphilis, alopecia areata, trichoscopy, alopecia**

Conflict of interest: the authors state that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

For citation: Mareeva A. N., Katunin G. L., Rubtsov A. B. Differential diagnostics of syphilitic alopecia and alopecia areata: The clinical picture and trichoscopic signs. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2019;95(3):34–39. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-3-34-39>

Введение

Среди заболеваний волос, протекающих с развитием очагов алопеции, наибольшая частота обращений приходится на гнездную алопецию (*alopecia areata*) — облысение, в основе которого лежит аутоиммунный процесс, характеризующийся образованием воспалительного инфильтрата вокруг волосающихся фолликулов, состоящего из CD8⁺- и CD4⁺-лимфоцитов, макрофагов и клеток Лангерганса [1].

Клинически выделяют следующие основные формы гнездной алопеции в зависимости от площади вовлечения: локальная (поражение в виде одного или нескольких округлых очагов), офаизис (облысение краевых областей скальпа), субтотальная (выпадение более 40 % волос на коже волосистой части головы), тотальная (полное отсутствие волос на коже скальпа), универсальная (выпадение волос на коже скальпа с частичной или полной потерей волос на теле) [2]. Встречаются и редкие формы гнездной алопеции: точечная (мелкие, овальные или округлые очаги облысения, расположенные хаотично) и стригущая формы (обломанные на разной высоте волосы) [3].

Локальную и точечную (мелкоочаговую) формы гнездной алопеции прежде всего необходимо дифференцировать с сифилитической алопецией в связи со схожестью клинических проявлений. Медико-социальная значимость сифилиса обусловлена не только распространением инфекции, но и неблагоприятными последствиями этого заболевания в виде тяжелых осложнений, таких как поражение внутренних органов и нервной системы, что связано со сложностью их выявления и диагностики [4].

В последние годы на фоне снижения общей заболеваемости сифилисом в целом по Российской Федерации отмечается увеличение числа зарегистрированных случаев поздних форм сифилиса [5]. Так, показатель заболеваемости сифилисом в период с 2013 по 2017 год снизился на 32,5 % (28,9 и 19,5 случая на 100 000 населения соответственно), в то же время за данный период рост заболеваемости поздними формами сифилиса составил 34,3 % (с 3,5 до 4,7 случая на 100 000 населения в 2013 и 2017 гг. соответственно).

По данным литературы [6], сифилитическая алопеция является редким проявлением вторичного периода сифилиса и обнаруживается не более чем у 12,5 % больных сифилисом. Кроме того, описаны единичные случаи, когда алопеция является единственным клиническим симптомом вторичного периода сифилиса [7, 8].

У больных сифилисом алопеция развивается в среднем через 3–6 месяцев и более после заражения в результате формирования специфического воспаления — цикл развития волоса нарушается и происходит преждевременное выпадение волос нерубцового характера. Клинически выделяют мелкоочаговую (*Alopecia syphilitica areolaris*), диффузную (*Alopecia syphilitica diffusa*) и смешанную (*Alopecia syphilitica mixta*) алопецию [9]. Наиболее часто встречающейся формой сифилитической алопеции является мелкоочаговая [10, 11].

Мелкоочаговая алопеция проявляется множественными мелкими очагами облысения размером около 0,5–1,5 см в диаметре, хаотично разбросанными по волосистой части головы, без тенденции к сливанию. Рост волос в области скальпа при осмотре напоминает «мех, изъеденный молью» вследствие неравномерного по-

редения. Признаков воспаления, шелушения, атрофии не наблюдается. В некоторых случаях возможно вовлечение области бороды, усов, подмышечных впадин, бровей (омнибусный, или трамвайный, сифилис), ресниц (ступенчатообразное выпадение ресниц — симптом Пинкуса). Диффузная алопеция характеризуется равномерным поредением, без специфических признаков. Сочетание обеих разновидностей описывается как смешанная алопеция [12].

В диагностике заболеваний волос широко применяется метод трихоскопии, что существенно облегчает дифференциальную диагностику различных форм алопеции. Однако в связи с небольшой частотой встречаемости сифилитической алопеции в настоящее время информации по особенностям трихоскопии у пациентов недостаточно.

В литературе описаны следующие трихоскопические признаки сифилитической алопеции: поредение волос в большей степени за счет выпадения терминальных волос, обломанные волосы, зигзагообразные волосы, «желтые точки», «черные точки» [12, 13]. Известно, что типичными трихоскопическими признаками гнездной алопеции являются следующие: конические волосы, волосы «по типу восклицательного знака», «черные точки» (кадаверизированные волосы), обломанные волосы, «желтые точки» (гиперкератотические скопления), веллус [14]. Однако в последние годы описаны и другие: зигзагообразные волосы, волосы «по типу монилетрикса», тюльпаноподобные волосы и т. п. [15, 16].

Описание случая

Приводим собственное клиническое наблюдение наиболее распространенной, мелкоочаговой формы сифилитической алопеции. Пациент М., 23 лет, обратился в консультативно-диагностический центр ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России 28.01.2019 с жалобами на прогрессирующее поредение волос.

Из анамнеза заболевания: формирование очагов облысения отмечал в течение 2 недель. Начало выпадения волос ни с чем не связывал.

Анамнез жизни: не женат, отмечает периодические случайные половые связи. Перенесенные заболевания: ОРВИ. Аллергические реакции, непереносимость лекарственных средств, ВИЧ, сифилис, гепатиты А, В, С, туберкулез, гемотрансфузии, малярию, корь, ранее перенесенные ИППП — отрицает. Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад при плановом исследовании крови на сифилис результаты были отрицательными.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы туловища и конечностей свободны от специфических высыпаний, видимые слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Наружные половые органы: развиты согласно полу и возрасту, без специфических высыпаний. Периферические лимфатические узлы при пальпации не увеличены, безболезненные.

Локальный статус: при осмотре очаги алопеции нерубцового характера, диаметром от 0,5 до 2 см, располагались преимущественно в височных и затылочной областях (рис. 1–2). Наблюдалось симметричное равномерное поредение бровей (рис. 3).

При трихоскопии у пациента были выявлены следующие признаки: в области волосистой части головы



Рис. 1. Сифилитическая алопеция височной области
Fig. 1. Syphilitic alopecia of the temporal area



Рис. 4. Трихоскопия у пациента с сифилитической алопецией: брови
Fig. 4. Trichoscopy in a patient with syphilitic alopecia: eyebrows



Рис. 2. Сифилитическая алопеция затылочной области
Fig. 2. Syphilitic alopecia of the occipital area



Рис. 5. Трихоскопия у пациента с сифилитической алопецией: волосистая часть головы — поредение волос с потерей терминальных волос, «желтые точки»
Fig. 5. Trichoscopy in a patient with syphilitic alopecia: scalp — hair thinning with the loss of terminal hair, "yellow dots"



Рис. 3. Сифилитическая алопеция области бровей
Fig. 3. Syphilitic alopecia of the eyebrow area

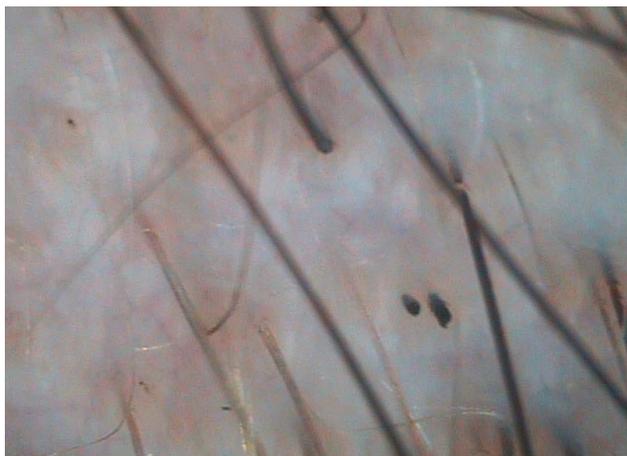


Рис. 6. Трихоскопия у пациента с сифилитической алопецией: волосистая часть головы — «желтые» и «черные точки»
Fig. 6. Trichoscopy in a patient with syphilitic alopecia: scalp — "yellow" and "black dots"

обломанные на разной высоте, от 1 до 5 мм, волосы, «пустующие» фолликулы («желтые» точки), отсутствие конических волос, волосы «по типу восклицательных знаков». В области бровей более половины щетинистых волос отсутствовало, при трихоскопии определялся преимущественно веллус, обломанных волос и волос «по типу восклицательного знака» не обнаруживалось (рис. 4–7).



Рис. 7. Трихоскопия у пациента с сифитической алопецией: волосистая часть головы — обломанные волосы, веллус
 Fig. 7. Trichoscopy in a patient with syphilitic alopecia: scalp — broken hair, vellus

Пациенту было назначено комплексное обследование: клинический анализ крови, оценка функции щитовидной железы (ТТГ, АТПО, АТТГ), биохимический анализ крови, выявление антител к *Treponema pallidum* в реакции микропреципитации (РМП), реакции пассивной гемагглютинации (РПГА), реакции иммунофлюоресценции (РИФ) в модификациях РИФабс и РИФ200.

Результаты лабораторного серологического исследования крови: РМП 4+ титр 1:16, РПГА 4+ титр больше 1:2560, РИФабс 4+ рИФ200 4+. Остальные результаты обследований без значимых отклонений от нормы.

На основании анамнестических и клинических данных, а также лабораторного обследования установлен диагноз: А51.3. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек от 15.02.2019. Проведено специфическое лечение: цефтриаксоном 1,0 в/м ежедневно № 20. На фоне лечения отмечалось снижение интенсивности выпадения волос, рост новых волос. В настоящее время пациент находится на клинико-серологическом контроле.

Обсуждение

Учитывая приведенные выше данные, при клиническом осмотре обращает на себя внимание поредение волос, преимущественно за счет выпадения терминальных волос, с сохранением веллуса, при трихоскопии следует акцентироваться на наличии конических волос, волос «по типу восклицательного знака», которые характерны для гнездовой алопеции, но не описаны у пациентов с сифилисом. Однако волосы «по типу восклицательного знака» не являются патогномичным признаком гнездовой алопеции и обнаруживаются преимущественно в прогрессирующую стадию заболевания или не выявляются совсем (рис. 8).

В условиях отсутствия четких, дифференцирующих заболевания клинических и трихоскопических критериев возможно проведение патоморфологического, иммуногистохимического исследования с целью верификации диагноза [17, 18]. Однако трудоемкость, инвазивность, экономическая затратность этих исследований ограничивают их широкое распространение.



А



Б



В

Рис. 8 (А–В). Трихоскопия у пациента с гнездовой алопецией: волосистая часть головы: «желтые точки», «черные точки», конические волосы, обломанные волосы, веллус, тюльпановидные волосы, волосы «по типу восклицательного знака»
 Fig. 8. (A–B). Trichoscopy in a patient with alopecia areata: scalp — "yellow dots", "black dots", pencil-point hairs, broken hairs, vellus, tulip hairs, exclamation mark hairs

Заключение

С проблемой очагового облысения пациент может обратиться не только к дерматовенерологам, но и врачам общей практики, специалистам учреждений эстетической медицины, эндокринологам. Это свидетельствует об актуальности описания клинических

и трихоскопических проявлений сифилитической алопеции, ее дифференциальной диагностики с гнездовой алопецией. С целью повышения выявляемости сифилиса и своевременного оказания необходимой медицинской

помощи пациенту актуальным остается проведение скрининга пациентов с клинической картиной мелкоочаговой, диффузной, смешанной алопеции с помощью серологических методов исследования крови. ■

Литература/References

1. Pratt C. H., King L. E., Messenger A. G., Christiano A. M., Sundberg J. P. Alopecia areata. *Nat Rev Dis Prim.* 2017;3:17011.
2. Gilhar A., Paus R., Kalish R. Lymphocytes, neuropeptides, and genes involved in alopecia areata. *J Clin Invest.* 2007 Aug 1;117(8):2019–2027.
3. Price V. Therapy of alopecia areata: on the cusp and in the future. *J Invest Dermatol Symp Proc.* 2003;8:207–211.
4. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс, 2016. С. 679–720. [Federal clinical recommendations. Dermatovenereology 2015: Diseases of the skin. Sexually transmitted infections. 5th ed., rev. and add. Moscow: Delovoy ekspress, 2016. P. 679–720. (In Russ.)]
5. Кубанова А. А., Мелехина Л. Е., Кубанов А. А. Основные задачи развития дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации на период до 2024 года. Результаты деятельности медицинских организаций по оказанию дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации в 2017 году. *Вестник дерматологии и венерологии.* 2018;94(5):9–25. [Kubanova A. A., Melexina L. E., Kubanov A. A. Key objectives of dermatovenerological assistance to the Russian Federation population for the period up to 2024. Results of the activities of medical organizations in providing dermatovenerological assistance to the Russian Federation population in 2017. *Vestnik dermatologii i venerologii.* 2018;94(5):9–25. (In Russ.)]
6. Vafaie J., Weinberg J. M., Smith B. et al. Alopecia in association with sexually transmitted disease: a review. *Cutis.* 2005;76:3.
7. Ornelas J., Agbai O. N., Kiuru M., Sivamani R. K. Alopecia as the Presenting Symptom of Syphilis. *Dermatol Online J.* 2015 Jul 15;21(7). PII: 13030/qt7q58360j
8. Piraccini B. M., Broccoli A., Starace M. et al. Hair and scalp manifestations in secondary syphilis: epidemiology, clinical features and trichoscopy. *Dermatology.* 2015;231:171–176.
9. Hernández-Bel P., Unamuno B., Sánchez-Carazo J. L., Febrer I., Alegre V. Syphilitic alopecia: a report of 5 cases and a review of the literature. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:512–517.
10. Cuzzo D. W., Benson P. M., Sperling L. C., Skelton H. G. 3rd. Essential syphilitic alopecia revisited. *J Am Acad Dermatol.* 1995;32(5 Pt 2):840–843.
11. Friedli A., Chavaz P., Harms M. Alopecia syphilitica: report of two cases in Geneva. *Dermatology.* 2001;202:376–377.
12. Скрипкин Ю. К., Бутов Ю. С. Клиническая дерматовенерология. Руководство для врачей. М.: Геотар-Медиа, 2009. С. 564–654. [Scripkin Yu. K., Butov Yu. S. Clinical dermatovenerology. The guidance for physicians. Moscow: Geotar-Media, 2009. P. 564–654. (In Russ.)]
13. Doche I., Hordinsky M. K., Valente N. Y. S., Romiti R., Tosti A. Syphilitic Alopecia: Case Reports and Trichoscopic Findings. *Skin Appendage Disord.* 2017 Oct;3(4):222–224. Published online 2017 Jun 17. DOI: 10.1159/000477415
14. Ye Y., Zhang X., Zhao Y., Gong Y., Yang J., Li H. et al. The clinical and trichoscopic features of syphilitic alopecia. *J Dermatol Case Rep.* 2014 Sep 30;8(3):78–80. DOI: 10.3315/jdc.2014.1176. eCollection 2014 Sep 30.
15. Lacarrubba F., Dall'Oglio F., Nasca M. R. et al. Videodermoscopy enhances diagnostic capability in some forms of hair loss. *Am J Clin Dermatol.* 2004;5:205–208.
16. Rudnicka L., Olszewska M., Rakowska A. Atlas of Trichoscopy. *Dermoscopy in Hair and Scalp Disease.* London: Springer-Verlag, 2012. P. 205–220.
17. Jordaan H. F., Louw M. The moth-eaten alopecia of secondary syphilis, a histopathological study of 12 patients. *American Journal of Dermatopathology.* 1995;17:158–162.
18. Nam-Cha S. H., Guhl G., Fernandez-Pena P., Fraga J. Alopecia syphilitica with detection of *Treponema pallidum* in the hair follicle. *J Cutan Pathol.* 2007;34:37–40.

Информация об авторах

Анастасия Николаевна Мареева* — к.м.н., врач-дерматовенеролог консультативно-диагностического центра Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации; тел.: +7 (903) 586-27-79; e-mail: nastasya_66@mail.ru

Георгий Леонидович Катунин — к.м.н., врач-дерматовенеролог отдела инфекций, передаваемых половым путем, Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации

Антон Борисович Рубцов — научный сотрудник отдела инфекций, передаваемых половым путем, Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации

Information about the authors

Anastasia N. Mareeva* — Cand. Sci. (Med.), Dermatovenerologist, Consultative Diagnostic Centre, State Research Center of Dermatovenerology and Cosmetology, Ministry of Health of the Russian Federation; tel.: +7 (903) 586-27-79; e-mail: nastasya_66@mail.ru

Georgy L. Katunin — Cand. Sci. (Med.), Dermatovenerologist, Department of Sexually Transmitted Infections, State Research Center of Dermatovenerology and Cosmetology, Ministry of Health of the Russian Federation

Anton B. Rubtsov — Research Assistant, Department of Sexually Transmitted Infections, State Research Center of Dermatovenerology and Cosmetology, Ministry of Health of the Russian Federation