

Rumień guzowaty w przebiegu glistnicy i infekcji płucnej *Chlamydia pneumoniae* – opis przypadku

Erythema nodosum coexisting with ascariasis and pulmonary *Chlamydia pneumoniae* infection – case report

Beata Bergler-Czop, Anna Lis-Święty, Grażyna Kamińska-Winciorek, Ligia Brzezińska-Wcisło

Katedra i Klinika Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Ligia Brzezińska-Wcisło

Post Dermatol Alergol 2009; XXVI, 5: 280–283

Streszczenie

Rumień guzowaty (*erythema nodosum*) należy do grupy stosunkowo częstych zapaleń tkanki podskórnej. Częściej występuje u kobiet i zwykle dotyczy osób młodych. Etiologia schorzenia nie jest znana. Autorzy przedstawiają przypadek pacjentki z rozpoznaniem rumienia guzowatego spowodowanego zakażeniem glistnicą i infekcją płucną *Chlamydia pneumoniae*, z bardzo dobrą reakcją na wdrożone leczenie. Wykwity pojawiły się pierwotnie na przedniej powierzchni obu podudzi ze stopniową tendencją do progresji w kierunku ud i ramion. Miały charakter licznych, tkliwych, słabo odgraniczonych od otoczenia guzów, barwy czerwonej i brunatnej. W badaniach laboratoryjnych i obrazowych stwierdzono: odczyn Biernackiego 90/98, zwiększone stężenie białka C-reaktywnego i zmniejszone stężenie żelaza. W 3-krotnym badaniu kału wykryto liczne jaja glisty ludzkiej. Wykryto również przeciwciała przeciwko *Ch. pneumoniae* w klasie IgA, co świadczyło o wczesnej infekcji płucnej. Badanie histopatologiczne potwierdziło rozpoznanie rumienia guzowatego. W leczeniu zastosowano pyrantel 3 tabletki jednorazowo oraz antybiotykoterapię, uzyskując szybką poprawę stanu miejscowego.

Słowa kluczowe: rumień guzowaty, glistnica, *Chlamydia pneumoniae*.

Abstract

Erythema nodosum belongs to a group of relatively common hypodermis inflammation. It occurs mainly among women and particularly affects young ones. The etiology of the disease is not clear. Most frequently the changes appear on the surface of the front part of shank. Initially, red nodules change their color into dark brown and then into yellow and green color. Exanthema undergo neither dissolution nor cicatrisation. Regression is frequent. The case of erythema nodosum we presented, caused by *Ascaris lumbricoides* infection as well as by an early *Chlamydia pneumoniae* infection, is numbered as rarely described in literature. The exanthema initially appeared on the front side of both shanks with gradual tendency of progression towards thighs and shoulders. The exanthema appeared as numerous, tender, not well-delineated from the surrounding area red and dark-brown bumps. The completed laboratory treatment showed a visibly increased ESR – 90/98, increased level CRP and a decreased level of iron. In the triple examination of feces towards parasites occurrence, numerous *Ascaris lumbricoides*' eggs were discovered. Antibodies against *Chlamydia pneumoniae* in class IgA – positive which attested to an early pulmonary infection. Throat smear – physiological bacterial flora. Histopathological examination confirmed erythema nodosum. In the treatment we used Pyrantelum 3 pills once p.o. and antibiotics, observed a quick regression of skin changes.

Key words: erythema nodosum, ascariasis, *Chlamydia pneumoniae*.

Wstęp

Rumień guzowaty (*erythema nodosum*) należy do grupy stosunkowo częstych zapaleń tkanki podskórnej. Czę-

ściej występuje u kobiet i zwykle dotyczy osób młodych. Etiologia schorzenia nie jest znana. Braun-Falco i wsp. [1] uważają, że jest to reakcja nadwrażliwości na różne czyn-

Adres do korespondencji: dr n. med. Beata Bergler-Czop, Katedra i Klinika Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Francuska 20/24, 40-027 Katowice, e-mail: bettina2@tlen.pl

niki wyzwalające. Połowę przypadków rumienia guzowatego zalicza się do chorób idiopatycznych. Do najczęściej wymienianych jego przyczyn należą: *Yersinia*, paciorkowce, gruźlica, choroba kociego pazura, choroba papuzia, ziarniniak pachwinowy, toksoplazmoza, gorączka Q, głębokie grzybice narządowe (histoplazmoza, kokcidiomikoza), rzadziej grzybice powierzchniowe (kerion) [2]. Współistnienie rumienia guzowatego z powiększeniem węzłowych węzłów chłonnych, kaszlem i bólami stawów określa się terminem zespół Löfgrena – odmiana sarkoidozy. U 10% osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna i wrzodzącym zapaleniem jelit również występują objawy *erythema nodosum*. Podobny odsetek pacjentów po by-passach jelitowych (zespół ślepej pętli) prezentuje objawy rumienia guzowatego. Etiologia polekowa w tym schorzeniu jest stosunkowo rzadka. Najczęściej obserwuje się prowokację zmian po estrogenach, doustnych środkach antykoncepcyjnych, sulfonamidach, salicylanach, solach chlorowców i złota oraz lidokainie. Klinicznie choroba charakteryzuje się nagłym pojawieniem się słabo odgraniczonych, tkliwych, czerwonych guzów. Najczęściej zmiany umiejscawiają się na powierzchni przedniej podudzi. Początkowo czerwone guzy zmieniają barwę na brunatną, a następnie żółtozieloną. Wykwity nie ulegają rozpadowi ani bliznowaceniu. Nawroty są częste.

Diagnostyka różnicowa obejmuje m.in.: inne zapalenia tkanki podskórnej, zapalenia naczyń, guzkowe zapalenie tętnic, różę, rumień stwardniały oraz zapalenie żył. W rozpoznaniu istotny jest prawidłowo pobrany wycinek, sięgający do tkanki podskórnej. W obrazie histologicznym dominuje przegrodowe zapalenie tkanki podskórnej.

W terapii przypadków idiopatycznych stosuje się niesteroidowe leki przeciwzapalne, a w przypadkach opornych kortykosteroidy ogólnie.

Autorzy niniejszego opracowania przedstawiają przypadek pacjentki z rozpoznaniem rumienia guzowatego, spowodowanego zakażeniem glistnicą oraz infekcją płucną *Chlamydia pneumoniae*, z bardzo dobrą reakcją na leczenie przeciw pasożytnicze i antybiotykoterapię.

Opis przypadku

Pierwsze zmiany skórne u 42-letniej pielęgniarki pojawiły się 4 dni przed przyjęciem do Kliniki. Pacjentka nie cierpiała na choroby przewlekłe, nie przyjmowała leków, w tym antykoncepcyjnych, i nie podróżowała. Nie podawała również żadnych objawów dodatkowych (w tym ze strony przewodu pokarmowego, bólów mięśniowych, stawowych, kaszlu). Wykwity wystąpiły pierwotnie na przedniej powierzchni obu podudzi, ze stopniową tendencją do zajmowania ud i ramion. Miały charakter licznych, tkliwych, słabo odgraniczonych od otoczenia guzów barwy czerwonej i brunatnej. Błony śluzowe były wolne od zmian.

W badaniach laboratoryjnych wykazano znacznie przyspieszone OB 90/98, zwiększone stężenie białka C-reaktywnego oraz zmniejszone stężenie żelaza. W pozosta-

tych (morfologia krwi z rozmazem, stężenie glukozy, AspAT, AlAT, bilirubina, GGTP, fosfataza alkaliczna, kreatynina, mocznik, kwas moczowy, białko z elektroforezą, lamblie metodą EIA, ASO, Latex-R, odczyn Waalera-Rosego, VDRL, badanie ogólne moczu z posiewem) nie wykazano istotnych odchyień od normy. Markery nowotworowe CEA i CA 125 były negatywne. W 3-krotnie wykonanym badaniu kału w kierunku jaj pasożytów wykryto liczne jaja glisty ludzkiej. Ambulatoryjnie u pacjentki wykonano badanie w kierunku toksoplazmozy, które dało wynik negatywny. Przeciwciała przeciwko *Borrelia burgdorferi* w klasie IgM, IgG – ujemne. Wyniki badań obrazowych – RTG klatki piersiowej, górnego odcinka przewodu pokarmowego, USG jamy brzusznej – były prawidłowe. Testy naskórkowe (standard I, standard II, kosmetyki, gумы, barwniki, żywice) – po 48 i 72 godz. były negatywne, próba tuberkulinowa – ujemna, przeciwciała przeciw *Ch. trachomatis* w klasie IgG i IgM – ujemne, przeciwciała przeciw *Ch. pneumoniae* w klasie IgA – dodatnie, co świadczyło o wczesnej infekcji płucnej, wymaz z gardła – fizjologiczna flora bakteryjna.

W badaniu histopatologicznym ze zmiany na kończynie dolnej wykazano prawidłowy naskórek, liczne nacieki zapalne wokół naczyń w głębszych warstwach skóry oraz w przegrodach tkanki tłuszczowej. Całość obrazu wskazywała na rozpoznanie rumienia guzowatego. Badanie mikologiczne ze zmian skórnych było również negatywne. Konsultacje ginekologiczna, laryngologiczna, stomatologiczna, okulistyczna nie wykazały nieprawidłowości.

W 2. dobie hospitalizacji pacjentka otrzymała leczenie przeciw pasożytnicze – pyrantel 3 tabletki jednorazowo *p.o.*, włączono również antybiotyk z grupy cefalosporyn – cefuroksym $2 \times 1,5 \text{ g i.v.}$, który podawano do 14 dni. Zastosowano także suplementację preparatem żelaza *p.o.* Po konsultacji pulmonologicznej wdrożono również leczenie przeciwko *Ch. pneumoniae* w schemacie: doksy-cyklina $2 \times 100 \text{ mg}$ przez 10 dni, azytromycyna $1 \times 500 \text{ mg}$ przez 3 dni i ponownie doksy-cyklina $2 \times 100 \text{ mg}$ przez 10 dni. Dodatkowo zlecono profilaktyczne leczenie glistnicy u domowników.

Wykonane w 14. dniu po kuracji pyrantelem badanie kału w kierunku jaj pasożytów dało wynik negatywny. Już w trakcie kuracji przeciw pasożytniczej obserwowano szybką regresję zmian skórnych, które ustąpiły całkowicie po zakończeniu schematu pneumonologicznego.

Obecnie chora jest pod kontrolą ambulatoryjną pulmonologa oraz Przyklinicznej Poradni Dermatologicznej i nie obserwuje się u niej nawrotu zmian skórnych.

Omówienie

Rumień guzowaty (*erythema nodosum*, *erythema contusiforme*) zalicza się do odczynowych schorzeń związanych z zapaleniem w obrębie tkanki podskórnej, bez cech zapalenia naczyń. Po raz pierwszy tę jednostkę opisał w 1798 r. Willan. Klinicznie charakteryzuje się występo-



Ryc. 1. Kobieta, lat 42, liczne, brunatnoczerwone ogniska na przedniej powierzchni podudzi

waniem twardych, bolesnych, żywoczerwonych, dobrze ocieplonych guzów, najczęściej w obrębie kończyn dolnych, ale mogących również dotyczyć innych lokalizacji, takich jak kończyn górnych czy tułowia. Ewolucja zmian skórnych jest bardzo charakterystyczna. Początkowo występują żywoczerwone guzki, czasem blaszki, zmieniające barwę na brązową, a następnie zieloną, ustępujące bez pozostawienia śladu, bez tendencji do tworzenia owrzodzeń i blizn. Bardzo często schorzeniu towarzyszy gorączka, ogólne złe samopoczucie i bóle mięśniowo-stawowe.

W rozpoznaniu *erythema contusiforme* istotna jest prawidłowo pobrana biopsja, sięgająca do tkanki podskórnej. W obrazie histologicznym dominuje przegrodowe zapalenie tkanki podskórnej. Taki obraz obserwowano również u opisywanej pacjentki.

W ok. 50% przypadków rumień guzowaty ma charakter odczynowy i może towarzyszyć innym schorzeniom [1]. Wśród czynników wywołujących zmiany typowe dla *erythema nodosum* najczęściej zalicza się: sarkoidozę, zapalne choroby jelit, zażywanie leków (najczęściej doustnych preparatów antykoncepcyjnych), schorzenia autoimmunologiczne, w tym reumatologiczne, choroby zakaźne, m.in. gruźlicę, kokcidiomikozę, zakażenia paciorkowcowe, a także stany fizjologiczne, takie jak ciąża.

Opisano również przypadki prowokacji rumienia guzowatego kontaktem z meduzą, a także jako reakcję na tatuż kosmetyczny [3, 4]. Manfredi i wsp. [5] badali także pacjentów z współistnieniem *erythema nodosum* i *miastenia gravis* oraz autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy.

Wśród rozlicznych czynników wywołujących podkreśla się znamienne rolę patogenów infekcyjnych: bakteryjnych, wirusowych, grzybiczych czy też pierwotniakowych. Współwystępowanie rumienia guzowatego z zakażeniem prątkiem gruźlicy należało kiedyś do najczęściej opisywanych koincydencji [6]. Streit i wsp. [7] opisali immunokompetentnego pacjenta z bakterią *Mycobacterium marinum* i rozległą manifestacją skórną, charakterystyczną dla *erythema nodosum*. U chorego przedstawionego przez Ka-

hawita i wsp. [8] czynnikiem etiologicznym był prątek trądu. Mazokopakis i wsp. [9] przytoczyli przypadek ostrej infekcji *Brucella melitensis* i rumienia guzowatego.

U dzieci najczęstszym czynnikiem infekcyjnym jest paciorkowiec *Streptococcus* grupy C [10]. Zespół Löfgrena (powiększenie przywngękowych węzłów chłonnych, kaszel, bóle stawowe) współistniejący z rumieniem guzowatym i wczesną infekcją *Ch. pneumoniae* przedstawili m.in. Marie i wsp. [11], Gran i wsp. [12], Haugen i wsp. [13] oraz Erntell i wsp. [14]. U prezentowanej pacjentki infekcja płucna *Ch. pneumoniae*, a także glistnica przebiegały bezobjawowo, w RTG klatki piersiowej nie wykazano cech zespołu Löfgrena. Pojawienie się zmian skórnych były praktycznie pierwszą manifestacją infekcji.

Do opisywanych innych czynników mogących wywoływać zmiany typu rumienia guzowatego zalicza się również zakażenia grzybicze gatunkami *Coccidioides immitis* [15]. Pacjenta z cechami rumienia guzowatego i kokcidiomikozą w obrębie skóry i tkanki podskórnej opisał Blair [15]. Rzadziej przedstawiano infekcję *Epidermophyton floccosum* [16], *Trichophyton mentagrophytes* czy *Trichophyton rubrum* w przebiegu grzybicy skóry głowy typu kerionu [17, 18]. Blaise i wsp. [19] opisali zakażenie wirusowe parwowirusem B19 i manifestacją odczynową typu rumienia guzowatego.

W piśmiennictwie wśród infekcji przewodu pokarmowego wywołujących zmiany typu rumienia guzowatego wymienia się infestację pierwotniakiem *Giardia lamblia* [20, 21]. U przedstawionej pacjentki również wykonano badanie w kierunku lambliozy i było ono negatywne (metoda immunoenzymatyczna). Touraud i wsp. [22] opisali rumień guzowaty u chorego z zakażeniem *Yersinia enterocolitica*. U dziecka ze skórnymi objawami o charakterze ostro zapalnych guzów na kończynach dolnych Hozyasz i wsp. [23] wykryli zakażenie *Salmonella enteritidis*. Poljacki i wsp. [24] traktują *erythema nodosum* jako jedną z postaci manifestacji skórnych w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby typu HCV, natomiast do rzadkości należą opisywane infestacje pasożytnicze, np. zakażenie węgorkiem jelitowym [25].

Pacjentka leczona przez autorów niniejszego opracowania jest więc rzadkim przypadkiem, gdzie oprócz *Ch. pneumoniae* w etiologii rumienia guzowatego bierze się również pod uwagę glistnicę. Należy zauważyć, że poprawa stanu miejscowego u chorej nastąpiła już po samym leczeniu przeciwpasożytniczym.

W terapii przypadków, gdzie przyczyna jest nieznana, stosuje się niesteroidowe leki przeciwzapalne, a w przypadkach opornych kortykosteroidy ogólnie [1].

Terapia przy znanej lub podejrzewanej etiologii jest leczeniem przyczynowym. W opisanym przypadku zaistniały dwa możliwe czynniki prowokujące zmiany, dlatego też leczenie prowadzono dwutorowo – przeciwpasożytniczo i przeciw *Ch. pneumoniae*.

Prezentowany przypadek rumienia guzowatego prowokowanego infestacją glistą ludzką, a także wczesną in-

fekcją *Ch. pneumoniae* zalicza się do rzadko opisywanych w piśmiennictwie. Nie można więc potwierdzić, który z czynników był kluczowy dla pojawienia się zmian skórnych, gdyż terapia obu infekcji przyniosła poprawę, a następnie całkowite ustąpienie zmian skórnych.

Należy również zwrócić uwagę, że dokładna diagnostyka chorego i poszukiwanie nawet bardzo rzadko występujących czynników etiologicznych jest konieczna do uzyskania dobrych wyników leczniczych tego schorzenia.

Piśmiennictwo

- Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WH. Rumień guzowaty. W: Dermatologia. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WH (red.). Czelej, Lublin 2002; 811-4.
- Soria X, Sanmartín V, Martí RM, et al. Erythema nodosum associated with inflammatory tinea capitis (kerion celsi). Actas Dermosifiliogr 2008; 99: 319-21.
- Burnett JW. Erythema nodosum currently is not a proven complication of jellyfish stings. Cutis 2008; 81: 323.
- Das CJ, Kumar J, Debnath J, Chaudhry A. Imaging of ascariasis. Australas Radiol 2007; 51: 500-6.
- Manfredi R, Fasolo G, Fulguro C, et al. Associated thyroiditis, myasthenia gravis, thymectomy, Cron's disease and erythema nodosum: pathogenic and clinical correlations, immune system involvement and systemic infectious complications. Rheumatol Int 2008; 4: 37-9.
- Kumar B, Sandhu K. Erythema nodosum and antitubercular therapy. J Dermatolog Treat 2004; 15: 218-21.
- Streit M, Böhlen LM, Hunziker T, et al. Disseminated Mycobacterium marinum infection with extensive cutaneous eruption and bacteremia in an immunocompromised patient. Eur J Dermatol 2006; 16: 79-83.
- Kahawita IP, Lockwood DN. Towards understanding the pathology of erythema nodosum leprosum. Trans R Soc Trop Med Hyg 2008; 102: 329-37.
- Mazokopakis E, Christias E, Kofteridis D. Acute brucellosis presenting with erythema nodosum. Eur J Epidemiol 2003; 18: 913-5.
- Patel RR, Kirkland EB, Nguyen DH, et al. Erythema nodosum in association with newly diagnosed hairy cell leukemia and group C streptococcus infection. Am J Dermatopathol 2008; 30: 160-2.
- Marie I, Lecomte F, Levesque H. Lofgren's syndrome as the first manifestation of acute infection due to Chlamydia pneumoniae: a prospective study. Clin Infect Dis 1999; 28: 691-2.
- Gran JT, Hjetland R, Andreassen AH. Pneumonia, myocarditis and reactive arthritis due to Chlamydia pneumoniae. Scand J Rheumatol 1993; 22: 43-4.
- Haugen O, Ritland S, Iveland H. Erythema nodosum in Chlamydia pneumoniae infection. Tidsskr Nor Laegeforen 1991; 111: 1369-70.
- Erntell M, Ljunggren K, Gadd T, Persson K. Erythema nodosum – a manifestation of Chlamydia pneumoniae (strain TWAR) infection. Scand J Infect Dis 1989; 21: 693-6.
- Blair JE. State-of-the-art treatment of coccidioidomycosis: skin and soft-tissue infections. Ann N Y Acad Sci 2007; 1111: 411-21.
- Provini A, Cacciaguerra MG, Angelo C, et al. Erythema nodosum induced by kerion celsi in a child with hypomelanosis of Ito. Minerva Pediatr 2003; 55: 621-4.
- Foti C, Diaferio A, Daddabbo M, Angelini G. Tinea barbae associated with erythema nodosum in an immunocompetent man. J Eur Acad Dermatol Venereol 2001; 15: 250-1.
- Calista D, Schianchi S, Morri M. Erythema nodosum induced by kerion celsi of the scalp. Pediatr Dermatol 2001; 18: 114-6.
- Blaise G, Nikkels AF, Piérard GE. Cutaneous manifestations of parvovirus B19 infection. Rev Med Liege 2007; 62: 492-5.
- González-Gay MA, Cereijo MJ, Agüero JJ, et al. Reactive arthritis and infestation by Giardia lamblia. Rev Esp Enferm Dig 1991; 80: 269-70.
- Giordano N, Mariani A, Fioravanti A, et al. Erythema nodosum in Giardia lamblia infestation. Clin Ter 1985; 30: 113, 141-4.
- Touraud JP, Dutronc Y, Tsan P, et al. Cutaneous manifestations of Yersinia enterocolitica infection. Ann Dermatol Venereol 2000; 127: 741-4.
- Hozyasz K, Mazurczak T. Erythema nodosum in a child with salmonellosis. Wiad Lek 2006; 59: 416-8.
- Poljacki M, Gajinov Z, Ivkov M, et al. Skin diseases and hepatitis virus C infection. Med Pregl 2000; 53: 141-5.
- Tønnesen J. Hookworm. A case of infestation presenting as erythema nodosum. Ugeskr Laeger 1980; 142: 2483.