

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/79931>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-06 and may be subject to change.

Chronische atrofische erosieve dermatose van een extremititeit

M.E.J. Zeeuwen-Franssen¹, J.P.A. van Pelt² en C.J.M. van der Vleuten¹

¹ Afdeling Dermatologie, UMC St Radboud, Nijmegen
² Afdeling Dermatologie, VieCuri Medisch Centrum

Correspondentieadres:

M.E.J. Zeeuwen-Franssen

Afdeling Dermatologie, UMC St Radboud, Nijmegen

René Descartesdreef 1

6525 GL Nijmegen

E-mail: M.Zeeuwen-Franssen@derma.umcn.nl

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Anamnese

Een vrouw van 77 jaar werd verwezen met multiple erosies op het rechteronderbeen. Patiënte was elders bekend met uitgebreide actinische keratosen op beide onderbenen. Behandeling vond plaats door middel van cryotherapie en later 5-fluorouracilcrème tweemaal daags gedurende zes weken. Aangezien dit onvoldoende verbetering gaf, vond er histologisch onderzoek plaats waarbij de diagnose actinische keratosen werd bevestigd terwijl er onvoldoende aanknopingspunten waren voor actinische porokeratosen. Vervolgens werd een klein areaal succesvol behandeld door middel van cryopeeling. Gezien het fraaie resultaat werd besloten beide benen met cryopeeling te behandelen. Dit resulteerde in een aanzienlijke reductie van de huidafwijkingen en een cosmetisch zeer acceptabel eindresultaat aan het linkerbeen. Aan het rechterbeen ontstonden echter zeer pijnlijke, persistente erosies, welke onvoldoende reageerden

op de lokale wondbehandeling, matig compressieve verbanden en de voorgeschreven pijnstilling. Bij presentatie op onze polikliniek bestaan de erosieve afwijkingen op het rechteronderbeen inmiddels vijf maanden en de pijnstilling die bestaat uit oxycodon driemaal daags 5 mg is onvoldoende. De aanvullende voorgeschiedenis van patiënte vermeldt onder meer een insulineaafhankelijke diabetes mellitus type II, hypertensie, aortastenose en atriumfibrilleren, een diepe veneuze trombose links en varicositas.

Dermatologisch onderzoek

Het rechteronderbeen toont pretibiaal, doorlopend naar mediaal en lateraal een uitgebreid livide erytheem met een rechthoekige begrenzing waarin naast vette squamae en zalfresten multipele makkelijk bloedende erosies worden gezien. De dorsale zijde van het onderbeen blijft gespaard (figuur 1A en B). Arteriële pulsaties zijn intact en de capillaire refilltijd is kleiner dan vijf seconden.

Diagnose

Chronische atrofische erosieve dermatose van een extremititeit.

Behandeling en beloop

De behandeling bestond uit 0,1% betamethasonvaleraatcrème eenmaal daags, aanvankelijk in combinatie met ambulante compressietherapie met een matig compressief verband en later 0,1% betamethasonvaleraatcrème intermitterend in combinatie met een VenoTrain® Ulcertec verbandkous. Aangezien wondkweten een *Pseudomonas aeruginosa* graad 2 en *Candida albicans* graad 3 toonden, werd miconazolnitraatcrème tweemaal daags aan de behandeling toegevoegd. Dit moest na een week gestaakt worden in verband met het optreden van een vurig erytheem, waarschijnlijk berustend op een contactdermatitis. Nadien herstelde het huidbeeld voorspoedig (figuur 2A en B). Om verdere atrofie te voorkomen werd overgegaan op 0,1% triamcinolonacetonidezalf eenmaal daags gedurende vier dagen van de week en in de afbouwfase werd hier 0,1% tacrolimuszalf eenmaal daags volgens een intermitterend schema aan toegevoegd. Een enkel-armindex was niet afwijkend en een teen-drukmeting liet een milde arteriële insufficiëntie op teenniveau beiderzijds zien.



Figuur 1. A: Ventrale zijde bij presentatie.
 B: Dorsale zijde bij presentatie.



Figuur 2. A: Ventraal aanzicht na 14 weken
B: Mediodorsaal aanzicht na 14 weken.

BESPREKING

Erosieve pustulaire dermatose werd voor de eerste maal beschreven in 1979.¹ Het betrof oudere patiënten met crusteuze, pustulaire en erosieve laesies op een lang bestaande, atrofische en actinisch beschadigde scalp met veelal een voorafgaand trauma in de anamnese. Tot op heden vindt men een vijftigtal casus in de literatuur terug. Erosieve pustulaire dermatose van de scalp komt weinig voor, maar kan geluxeed worden door behandeling van actinische keratosen, basaalcelcarcinoom of plaveiselcelcarcinoom door middel van cryotherapie, radiotherapie, topicaal 5-fluorouracil, chirurgie, CO₂-lasertherapie, topicaal tretinoïne of door trauma.²⁻⁶ De behandeling bestaat uit krachtige topicale corticosteroiden, maar er zijn tevens gevallen beschreven waarin de dermatose goed reageerde op een behandeling met topicaal tacrolimus, topicaal calcipotriol en isotretinoïne.^{1,2,4,6-9} Eind jaren tachtig werd voor het eerst een erosieve pustulaire dermatose van de onderste extremiteiten beschreven.^{10,11} Er werden zeventien patiënten beschreven, van wie elf vrouwen en zes mannen met een chronisch veneus ulcus waarbij verschijnselen zoals pustelvorming en ulceratie optraden. Ook in deze patiëntengroep ontstond de dermatose in een langbestaande atrofische huid, maar in dit geval rondom een ulcus en in gebieden van lipodermatosclerose. Wederom was er een goede respons op krachtige corticosteroiden. Sindsdien vindt men in de literatuur een dertigtal beschrijvingen van deze dermatose terug. Erosieve pustulaire dermatose van de scalp en erosieve pustulaire dermatose van de extremiteiten vertonen overeenkomsten in kliniek, histologie en therapierespons, maar verschillen in de situatie waarin zij optreden. Op de scalp betreft het een atrofische, door langdurig zonlicht beschadigde huid, terwijl het bij de onderste extremiteiten gaat om een niet-zonlicht beschadigde huid bij patiënten met klachten van veneuze insufficiëntie.¹²⁻¹⁴ Wij beschrijven voor het eerst een patiënte bij wie zowel sprake was van een actinisch beschadigde huid in de vorm van uitgebreide actinische keratosen, als van een voorgeschiedenis van veneuze klachten. Erosieve pustulaire dermatose van de extremiteiten presenteert zich als een erytheem op het onderbeen

waarin multipale oppervlakkige erosies voorkomen, veelal bedekt door dikke gelige tot geelbruine crustae en omgeven door een atrofische huid. Tevens worden pustels en ulceraties beschreven in verschillende case-reports, waarbij het onduidelijk is of men werkelijk pustels of een beslag heeft gezien en het veelal slechts gaat om oppervlakkige ulceraties.^{13,15} Aangezien multipale erosies het belangrijkste klinische kenmerk zijn, stellen Patton et al. voor om niet langer te spreken van een erosieve pustulaire dermatose, maar van een chronische atrofische erosieve dermatose om verdere misleidende naamgeving te voorkomen.¹²

Beschrijvingen van histologische kenmerken betreffen voornamelijk de erosieve pustulaire dermatose van de scalp en omvatten een chronisch, niet-specifiek ontstekingsinfiltraat met incidenteel talrijke neutrofiële granulocyten en subcorneale of midepidermale spongiforme pustels in een atrofische epidermis en een dunne dermis.^{13,15} Bij een chronische atrofische erosieve dermatose worden vergelijkbare afwijkingen gezien, maar er zijn te weinig beschrijvingen van biopsiemateriaal om tot een eenduidige histologie te komen.

In een recent overzichtsartikel wordt gespeculeerd over de etiologie van een chronische atrofische erosieve dermatose aan de hand van casereports. Chronische atrofische erosieve dermatose lijkt niet infectieus bepaald. Wondkweken kunnen normale flora, *Staphylococcus aureus*, Trichophyton- of Candidaspecies tonen, maar gerichte antibacteriële of antimycologische behandelingen geven zelden een verbetering. Derhalve lijkt er sprake te zijn van kolonisatie in plaats van infectie. Of hormonale factoren, zoals oestrogendeficiëntie een rol spelen in de etiologie van deze aandoening is onduidelijk; wel is er een duidelijke voorkeur voor het vrouwelijke geslacht en treft dit ziektebeeld voornamelijk ouderen. De hoge leeftijd van de patiëntencategorie verklaart waarschijnlijk tevens de comorbiditeit zonder dat er gesproken kan worden over geassocieerde aandoeningen of auto-immuniteit.^{12,13,15} Trauma is een vast anamnestic gegeven, maar lijkt vooral een luxerende factor, terwijl atrofie de belangrijkste etiologische factor is bij alle patiënten met zowel een erosieve pustulaire dermatose van de scalp als de extremiteiten.¹² Opmerkelijk in onze casus is dat de afwijking enkelzijdig optreedt, terwijl beide benen eenzelfde behandeling ondergingen. Mogelijk ligt hieraan een verschil in ernst van de actinische schade en atrofie ten grondslag of een verschil in de intensiteit van de toegepaste therapie. Topicale corticosteroiden vormen de hoeksteen van de behandeling, zoals ook in onze casus. Gezien de reeds aanwezige atrofie verdient het de voorkeur dit intermitterend te gebruiken of te combineren met topicaal tacrolimus in een afbouwschema. Casuïstisch wordt topicaal tacrolimus of topicaal calcipotriol als een effectieve monotherapie vermeld.^{2,9,13} Topicale en systemische retinoïden werden tot op heden alleen voorgeschreven voor de erosieve pustulaire dermatose van de scalp met zeer wisselend resultaat.^{2,7,16} Tevens worden drie patiënten beschreven met een chronische atrofische erosieve dermatose van de onderste extremiteiten en een zinkdeficiëntie, waarbij topicale

corticosteroiden werden gecombineerd met oraal zinkgluconaat.¹⁷ Tenslotte wordt de combinatie van topicale corticosteroiden en intermitterende compressietherapie door middel van lange rekverbanden beschreven.¹⁴ Het plotseling staken van een behandeling met topicale corticosteroiden kan gepaard gaan met een recidief en dient dus vermeden te worden.¹⁰ Wij kozen voor een combinatie van therapeutische elastische verbandkousen en intermitterende topicale corticosteroiden, waarbij gestart werd met een klasse-3-preparaat en na verbetering van het huidbeeld werd overgestapt op een klasse-2-preparaat in combinatie met 0,1% tacrolimuszalf. Dit zal geleidelijk worden afgebouwd om een eventueel recidief te voorkomen. Wanneer u een patiënt met een chronische erosieve afwijking van de onderste extremiteiten treft, overweegt u dan de diagnose chronische atrofische erosieve dermatose en zet een behandeling gericht op wondverzorging om in een anti-inflammatoire behandeling.

LITERATUUR

1. Pye RJ, Peachey RD, Burton JL. Erosive pustular dermatosis of the scalp. *Br J Dermatol* 1979;100: 559-66.
2. Laffitte E, Kaya G, Piguët V, et al. Erosive pustular dermatosis of the scalp: treatment with topical tacrolimus. *Arch Dermatol* 2003;139:712-4.
3. Rongioletti F, Delmonte S, Rossi ME, et al. Erosive pustular dermatosis of the scalp following cryotherapy and topical tretinoin for actinic keratoses. *Clin Exp Dermatol* 1999;24:499-500.
4. Seez M, Rodriguez-Martin M, Sidro M, et al. Successful treatment of erosive pustular dermatosis of the scalp with topical tacrolimus. *Clin Exp Dermatol* 2005; 30:599-600.
5. Siegel DH, Holland K, Phillips RJ, et al. Erosive pustular dermatosis of the scalp after perinatal scalp injury. *Pediatr Dermatol* 2006;23:533-6.
6. Van Exel CE, English JC, III. Erosive pustular dermatosis of the scalp and nonscalp. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:S11-S14.
7. Petersen BO, Bygum A. Erosive pustular dermatosis of the scalp: a case treated successfully with isotretinoin. *Acta Derm Venereol* 2008;88:300-1.
8. Cenkowski MJ, Silver S. Topical tacrolimus in the treatment of erosive pustular dermatosis of the scalp. *J Cutan Med Surg* 2007;11:222-5.
9. Boffa MJ. Erosive pustular dermatosis of the scalp successfully treated with calcipotriol cream. *Br J Dermatol* 2003;148:593-5.
10. Cotterill JA, Lanigan SW. Erosive pustular dermatosis of the leg—a definition. *Br J Dermatol* 1990;123:548.
11. Lanigan SW, Cotterill JA. Erosive pustular dermatosis - a common development in atrophic skin. *Br J Dermatol* 1987;117: s32, 15
12. Patton D, Lynch PJ, Fung MA, et al. Chronic atrophic erosive dermatosis of the scalp and extremities: A recharacterization of erosive pustular dermatosis. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:421-7.
13. Brouard MC, Prins C, Chavaz P, et al. Erosive pustular dermatosis of the leg: report of three cases. *Br J Dermatol* 2002;147:765-9.
14. Dawn G, Loney M, Zamiri M, et al. Erosive pustular dermatosis of the leg associated with compression bandaging and fungal infection. *Br J Dermatol* 2003;148:489-92.
15. Zaccaria E, Cozzani E, Venturino E, et al. Erosive pustular dermatosis of the leg. *Int J Dermatol* 2006;45:1182-3.
16. Mastroianni A, Cota C, Ardigo M, et al. Erosive pustular dermatosis of the scalp: a case report and review of the literature. *Dermatology* 2005;211:273-6.
17. Salavert M, Franck F, Amarger S, et al. Erosive pustular dermatosis of the leg: role of zinc deficiency? *Ann Dermatol Venereol* 2006;133:975-8.

SAMENVATTING

Een 77-jarige patiënte werd verwezen met multipole erosies op het rechteronderbeen, welke waren ontstaan na cryopeeling van actinische keratosen op beide onderbenen. Bij het linkeronderbeen verliep het herstel na deze procedure ongecompliceerd met een cosmetisch fraai eindresultaat. Aan het rechteronderbeen ontstond daarentegen een uitgebreid areaal met multipole pijnlijke erosies welke onvoldoende reageerden op de voorgeschreven wondzorg en pijnstilling. Op basis van de anamnese en kliniek werd de diagnose chronische atrofische erosieve dermatose van een extremiteit gesteld. Deze aandoening toont gelijkenis met de erosieve pustulaire dermatose van de scalp, met als belangrijkste verschil de lokalisatie op de onderste extremiteit en een atrofische huid op basis van veneuze insufficiëntie in plaats van actinische schade. In onze casus was echter zowel sprake van veneuze insufficiëntie als actinische schade. Een behandeling werd ingesteld met topicale corticosteroiden, topicaal tacrolimus en een therapeutische elastische verbandkous waarmee een snelle verbetering van het huidbeeld werd bereikt.

SUMMARY

A 77-year-old female patient was referred to our hospital with multiple erosions on her right lower leg, which persisted after cryopeeling of actinic keratoses on both legs. The left leg healed without complications with a good cosmetic result. However, on the right lower leg a large area consisting of multiple painful erosions developed, which were refractory to proper wound care and analgesics. Based on her medical history and clinical presentation the diagnosis chronic atrophic erosive dermatosis of the extremities was made. This condition is similar to erosive pustular dermatosis of the scalp. The main differences with this condition are the localization (i.e. lower extremities), and the fact that the accompanying skin atrophy is the result of longstanding venous disease instead of actinic damage. However, our patient suffered from both actinic damage as well as venous disease. Treatment consisted of topical corticosteroids, topical tacrolimus and a compression bandage resulting in a complete clearing of the skin lesions.