

Atypowa postać łupieżu różowego Giberta — opis przypadku i przegląd piśmiennictwa

Atypical variant of pityriasis rosea of Gibert — case report and literature review

Małgorzata Dominiak¹, Agnieszka Wojciechowska¹, Anna Jędrówiak¹, Katarzyna Tomaszewska^{1,2},
Katarzyna Kozak³, Andrzej Kaszuba¹

¹Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Zakład Psychodermatologii, Katedra Immunologii Klinicznej i Mikrobiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

³Zakład Farmakologii i Toksykologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

STRESZCZENIE

Łupież różowy Giberta (*pityriasis rosea Giberti*) jest częstą, samoograniczającą się dermatozą typowo obserwowaną u nastolatków i młodych dorosłych. Charakteryzuje się rumieniowo-żółtawymi wykwitami o „choinkowatym” układzie zlokalizowanymi na tułowiu i dosiebnych częściach kończyn.

Przedstawiono przypadek 45-letniego mężczyzny, u którego wystąpiła rzadko obserwowana, grudkowo-krostkowa postać tej choroby.

Forum Derm. 2017; 3: 2, 68–70

Słowa kluczowe: grudkowo-krostkowy, atypowy, łupież różowy

ABSTRACT

Pityriasis rosea Gibert (PR) is a common, self-limited dermatosis typically diagnosed in teenagers and young adults. It is characterized by a maculopapular lesions with a scaly border localized on trunk and proximal extremities distributed in a Christmas tree pattern. We present a case of an 45-year old man who developed a rare, papulopustular variant of the disease.

Key words: papulopustular, atypical, pityriasis rosea

Forum Derm. 2017; 3: 2, 68–70

WSTĘP

Ogólnie zdrowego 45-letniego mężczyznę konsultowano z powodu obecnych od 6 tygodni wykwitów rumieniowo-grudkowych oraz krostkowych umiejscowionych na skórze tułowia i kończyn (ryc.1) z towarzyszącym niewielkim świądem. W okolicy łódźwiowo-krzyżowej obserwowano zmiany rumieniowe wykazujące powierzchowne centralne złuszczenie (ryc.2). Pacjent nie zaobserwował pojawienia się pojedynczej większej zmiany na początku wysiewu. Błony śluzowe oraz paznokcie nie były zmienione chorobowo. Wywiad rodzinny w kierunku chorób skóry był ujemny. Przed wystąpieniem zmian nie przyjmował doraźnie żadnych leków. Negował choroby przewlekłe i infekcje w okresie poprzedzającym wysiew. W podstawowych badaniach laboratoryjnych nie obserwowano nieprawidłowości, odczyn WR-RPR był ujemny. Według dokumentacji zgromadzonej

przez pacjenta uprzednio był leczony ogólnie antybiotyko-wo amoksyliną, a następnie prednizonem w małej dawce — bez efektu.

Zalecono odstawienie prednizonu, a wobec niewielkiego świądu wprowadzono leczenie przeciwhistaminowe feksofenadyną oraz miejscowe leczenie steroidami o niskiej sile działania. Obserwowano remisję wykwitów chorobowych w ciągu kolejnych kilku tygodni. Na podstawie morfologii zmian skórnych oraz przebiegu choroby uznano za najbardziej prawdopodobne rozpoznanie atypowej postaci łupieżu różowego.

OMÓWIENIE

Łupież różowy (PR, *pityriasis rosea*) jest rumieniowo-żółtawą dermatozą o samoograniczającym się przebiegu, która została po raz pierwszy opisana przez Giberta

Adres do korespondencji:

lek. Małgorzata Dominiak, Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Kniaziewiczza 1/5, 91–347, Łódź, e-mail: dominiakmp@gmail.com



Rycina 1. Zmiany rumieniowo-grudkowe oraz nieliczne krosty na tułowi



Rycina 2. Rumieniowo-złuszczające wykwity w okolicy lędźwiowo-krzyżowej

w 1860 roku. Za najbardziej prawdopodobny czynnik wywołujący uważa się ludzkie wirusy opryszczki: HHV 6 i HHV 7 [1]. Według danych epidemiologicznych choroba występuje u około 1–2% pacjentów poradni dermatologicznych [2]. Typowo pojawia się częściej w okresie jesienno-zimowym, dlatego za jego możliwą przyczynę uznaje się opóźnioną reakcję na infekcję wirusową. W klasycznej postaci *pityriasis rosea* może być łatwo rozpoznany na podstawie objawów klinicznych. Pierwsza zmiana, tak zwana blaszka macierzysta (*herald patch, medallion*), jest większa od następnych

wykwitów, czerwona lub bladoróżowa, ze złuszczeniem w części centralnej, a lokalizuje się zazwyczaj na tułowi. Po kilku dniach dochodzi do rozsiewu licznych, owalnych, łososiowo-różowych plam z powierzchownym złuszczeniem, układających się na tułowi według linii Langera na tak zwany wzór drzewka bożonarodzeniowego. Zazwyczaj twarz i odsiebne części kończyn są wolne od zmian. Wykwity ustępują w czasie od kilku tygodni do nawet 3–4 miesięcy, a nawroty obserwuje się u około 1% pacjentów. Wyjątkowo choroba ma przebieg gorączkowy.

Nie u wszystkich pacjentów z PR występuje opisany powyżej przebieg choroby. U około 20% obserwuje się atypową postać, co oznacza nietypową morfologię, wielkość wykwitów, czas trwania, nasilenie objawów lub obecność zmian śluzówkowych [3].

Do odnotowanych w literaturze rzadszych postaci morfologicznych łupieżu różowego należą: grudkowy, grudkowo-złuszczający, grudkowo-pęcherzykowy, pęcherzykowy, liszajowaty, pokrzywkowaty, przypominający rumień wielopostaciowy (*erythema multiforme-like*), krwotoczny oraz mieszkowy [4, 5]. U dzieci częściej mogą być obserwowane wykwity pokrzywkowate.

Próby klasyfikacji łupieżu różowego z uwzględnieniem patomechanizmów leżących u podłoża zmian podjęli się w ostatnim czasie Drago i wsp. [6]. Klasyfikacje kliniczne uwzględniające rzadkie odmiany PR przygotowały również inne grupy badaczy [7, 8].

W 2012 roku Zawar i Chuh wyróżnili 6 osi oceny łupieżu różowego [7]. Pierwsza oś uwzględnia obecność i nasilenie objawów prodromalnych, jak: gorączka, uogólnione bóle mięśniowe/stawowe, zmęczenie, objawy żołądkowo-jelitowe oraz charakter blaszki macierzystej (pojedyncza, mnoga, nieobecna, gigantyczna, blaszka macierzysta jako jedyny objaw). Ocenie podlegają również liczba i rozmieszczenie zmian, z wyróżnieniem typów: jednostronny, zlokalizowany, śluzówkowy, akralny, odwrócony, *pityriasis circinata et marginata of Vidal* czy typ wykazujący fotodystyrbucję. Badacze uwzględnili w klasyfikacji również wielkość, morfologię i orientację zmian. Typowa orientacja przebiega wzdłuż linii Langera, za nietypową uznaje się: rozproszoną, segmentalną (zgodna z rozmieszczeniem dermatomów) czy przebiegającą wzdłuż linii Blaschko. Nasilenie świądu, czas trwania choroby i jej ewentualne związki z porą roku również znajdują miejsce w przytaczanej pracy, w przeciwieństwie do dawniejszych opracowań [8].

Badacze podkreślają konieczność prawidłowego rozpoznania PR dla uniknięcia błędów w postępowaniu terapeutycznym, co jest szczególnie trudne wobec atypowych przypadków, a ważne w odmianach o potencjalnie większej szkodliwości jak PR u kobiet w ciąży oraz osutki łupieżopodobne (*pityriasis rosea-like eruptions*) [9]. Wystąpienie łupieżu różowego w ciągu pierwszych 15 tygodni ciąży

może prowadzić do zwiększonego ryzyka poronienia, przedwczesnego porodu, a nawet śmierci płodu, dlatego w tej grupie pacjentek jest rekomendowana bardziej wnikliwa obserwacja ciąży [10].

W terapii PR dla łagodzenia świądu znajdują zastosowanie ogólne leki przeciwhistaminowe, miejscowe glikokortykosteroidy, lotiony z 5-procentowym mentolem i naświetlania UV [11]. Istnieją pojedyncze doniesienia o korzyściach ze stosowania acycloviru [12]. Niektórzy autorzy podają korzystne działanie erytromycyny, a u pacjentów z ciężkim przebiegiem choroby — ogólnych kortykosteroidów, jednak ich skuteczność nie została jednoznacznie potwierdzona.

U opisanego pacjenta rozpoznano atypową postać morfologiczną łupieżu różowego z powodu obecności nie tylko wykwitów grudkowo-złuszczających, ale również krostkowych. Najliczniejszymi zmianami były rumieniowe grudki zlokalizowane na dosiebnych częściach kończyn i na tułowiu, układające się wzdłuż linii Langera. Dodatkowo obserwowano nieliczne krosty. Nie stwierdzono pojedynczej, dużej blaszki macierzystej. W okolicy łędźwiowej występowało kilka zmian wykazujących powierzchowne złuszczenie (ryc. 2), według wywiadu żadna z nich jednak nie poprzedzała wyraźnie wysiewu. W diagnostyce różnicowej uwzględniono: kiłę wtórną, łuszczycę, grzybicę, wyprysk pieniążkowy i osutkę polekową. Na podstawie wywiadu, obrazu klinicznego i badań dodatkowych uznano za najbardziej prawdopodobne rozpoznanie łupieżu różowego Giberta.

Rzadkie postaci PR stanowią przede wszystkim duże wyzwanie diagnostyczne. Prawidłowa ocena zmian umożliwi właściwe postępowanie terapeutyczne z uniknięciem

kontrowersyjnego w tej grupie pacjentów stosowania sterydoterapii ogólnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Drago F, Broccolo F, Rebora A. Pityriasis rosea: an update with a critical appraisal of its possible herpesviral etiology. *J Am Acad Dermatol.* 2009; 61(2): 303–318, doi: [10.1016/j.jaad.2008.07.045](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2008.07.045), indexed in Pubmed: [19615540](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19615540/).
2. Mrowietz U. Choroby grudkowo-złuszczające. [w:] *Dermatologia Braun-Falco*. Burgdorf W.H.C., Plewig G., Wolf H.H., Landthaler M. Wydawnictwo Czelej, Lublin; 2010: 515–16.
3. Chuh A, Zawar V, Lee A. Atypical presentations of pityriasis rosea: case presentations. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005; 19(1): 120–126, doi: [10.1111/j.1468-3083.2004.01105.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2004.01105.x), indexed in Pubmed: [15649208](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15649208/).
4. Das A, Sarkar TK, Chandra S, et al. A case series of erythema multiforme-like pityriasis rosea. *Indian Dermatol Online J.* 2016; 7(3): 212–215, doi: [10.4103/2229-5178.182374](https://doi.org/10.4103/2229-5178.182374), indexed in Pubmed: [27294066](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27294066/).
5. Ang CC, Tay YK. Blaschkoid pityriasis rosea. *J Am Acad Dermatol.* 2009; 61(5): 906–908, doi: [10.1016/j.jaad.2009.01.004](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2009.01.004), indexed in Pubmed: [19836654](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19836654/).
6. Drago F, Ciccarese G, Rebora A, et al. Pityriasis Rosea: A Comprehensive Classification. *Dermatology.* 2016; 232(4): 431–437, doi: [10.1159/000445375](https://doi.org/10.1159/000445375), indexed in Pubmed: [27096928](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27096928/).
7. Zawar V, Chuh A. Follicular pityriasis rosea. A case report and a new classification of clinical variants of the disease. *J Dermatol Case Rep.* 2012; 6(2): 36–39, doi: [10.3315/jdcr.2012.1095](https://doi.org/10.3315/jdcr.2012.1095), indexed in Pubmed: [22826716](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22826716/).
8. Klauder J. Pityriasis Rosea. *Journal of the American Medical Association.* 1924; 82(3): 178, doi: [10.1001/jama.1924.02650290008002](https://doi.org/10.1001/jama.1924.02650290008002).
9. Urbina F, Das A, Sudy E. Clinical variants of pityriasis rosea. *World J Clin Cases.* 2017; 5(6): 203–211, doi: [10.12998/wjcc.v5.i6.203](https://doi.org/10.12998/wjcc.v5.i6.203), indexed in Pubmed: [28685133](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28685133/).
10. Drago F, Broccolo F, Javor S, et al. Evidence of human herpesvirus-6 and -7 reactivation in miscarrying women with pityriasis rosea. *J Am Acad Dermatol.* 2014; 71(1): 198–199, doi: [10.1016/j.jaad.2014.02.023](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2014.02.023), indexed in Pubmed: [24947696](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947696/).
11. Mahajan K, Relhan V, Relhan AK, et al. Pityriasis Rosea: An Update on Etiopathogenesis and Management of Difficult Aspects. *Indian J Dermatol.* 2016; 61(4): 375–384, doi: [10.4103/0019-5154.185699](https://doi.org/10.4103/0019-5154.185699), indexed in Pubmed: [27512182](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27512182/).
12. Drago F, Vecchio F, Rebora A. Use of high-dose acyclovir in pityriasis rosea. *J Am Acad Dermatol.* 2006; 54(1): 82–85, doi: [10.1016/j.jaad.2005.06.042](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.06.042), indexed in Pubmed: [16384760](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16384760/).