

Љиљана Миленковић Атанацковић

Педијатријска служба, Дом здравља Обреновац,
Обреновац, Србија

Нодозни еритем у амбуланти примарне здравствене заштите

Сажетак

Кључне речи:

еритематозне промене по кожи,
поткожни нодуси,
паникулитис,
предшколско дете

Увод. Нодозни еритем (*Erythema nodosum* - EN је инфламаторна нодуларна реакција структура поткожног ткива (*paniculitis*) на разне агенсе. Истовремено се јављају топле, болне, еритематозне промене по кожи изнад нодуса, најчешће предњих површина потколеница, скочних, колених и ручних зглобова. Окидајући фактор (*Trigger factor*) је у више од половине оболелих случајева непознат (одрасли). Нодозни еритем се јавља изоловано или у склопу бројних хроничних инфламаторних и аутоимунних обољења, инфекција гастроинтестиналног тракта, стрептококних инфекција грла, гравидитета, саркоидозе, као реакција на лекове и друга стања.

Приказ случаја. Приказан је случај петогодишње девојчице са еритематозним променама по кожи и болним нодуларним променама у поткожном ткиву предњих страна потколеница и колена. Мајка наводи да је 2-3 дана раније била субфебрилна, малаксала, имала је гушобољу и болове у зглобовима. Из личне анамнезе: девојчица је рођена са мањом порођајном тежином, боловала је од инфекција грла, уха и мокраћних путева. Родитељи негирају хронична обољења у породици, малигнитет, туберкулозу (*TBC*), хередитарна и аутоимуна обољења. Резултати клиничког испитивања су показали: крвна слика (KC): (*Le* 15,9; *Gr* 71,2%), *SE* 60 mm/h, C-реактивни протеин (*CRP*) 36 mg/l, у седименту урина 75 *Le*, мало бактерија, *Le*-естераза⁺⁺, брис грла негативан, уринокултура негативна. На основу анамнезе, клиничке слике и лабораторијских анализа дете је отпуштено кући са *Dg: Erythema nodosum* и саветом: мировање, антибиотика 10 – 14 дана, аналго-антипиретика и контрола. У току три недеље долази до побољшања и санације промена без улцерација и ожиљака.

Закључак. На основу анамнезе, клиничке слике, KC, *SE*, *CRP* и добро реаговање на антибиотике, приказани случај EN је највероватније реакција на инфективни агенс.

Увод

Нодозни еритем (*Erythema nodosum* – EN) је нодуларно запаљење структура поткожног ткива, праћено еруптивним променама по кожи.

Почетак болести може да се манифестује повишеном температуром, главобољом, артралгијом, малаксалошћу и другим неспецифичним симптомима. Болест карактеришу болни поткожни нодуси и црвене, топле, еритематозне

промене по кожи. Процес је најчешће локализован на екстензорним странама потколеница, глежњева и колених зглобова. Могуће су и друге локализације.

Инфламаторне промене поткожног ткива настају као хиперсензитивна реакција на бројне ендogene и екзогене агенсе. Нодозни еритем може да се јави изоловано или као хиперсензитивна реакција на инфекције изазване бета хемолизичким стрептококом, инфекције гастроинтестиналног тракта, хроничних

ентеропатија, саркоидозе, гравидитета, малигнитета и као реакција на неке лекове. Понекад је *EN* први симптом неке од поменутих болести. Због бројних етиолошких фактора, дијагностичка процедура мора да буде добро спроведена.

Болест се најчешће јавља у другој и трећој деценији живота и у више од половине случајева није откривен окидач (*trigger*). Чешћа је код особа женског пола у односу 3-6 : 1. Код деце до пубертета^{1,3} инциденција је приближно једнака 1 : 1. Преваљенција је различита у зависности од географског поднебља, доба године и других фактора; у Енглеској је 2,4/1.000 становника годишње².

Приказ случаја

Петогодишња девојчица се доводи на преглед због еруптивних промена по кожи потколеница и колена. Болест је почела 2-3 дана раније у виду малаксалости, температуре ($37,5^{\circ}\text{C}$ – 38°C), благе гушобоље, болова у ногама и захваћеним зглобовима.

Из личне анамнезе: дете је рођено у термину природним путем, са малом порођајном тежином (2800 gr), имала је понављане инфекције грла, уха и две епизоде уринарне инфекције. У августу 2006. године хоспитализована је због фебрилног стања и леукоцитозе. Анализа крвне слике показује да је број *Le* 44,0 (*Gr* 86,8%), *SE* 85 mm/h, C-реактивног протеина (*CRP*) 146 mg/L. У урину: протеини 1,0 g/L, *Le* 20-22. Клиничким испитивањем није било патолошких промена на уро-тракту. Бактериолошке културе су биле стерилне. Спроведеним дијагностичким процедурама није утврђена локализација инфекције. Отпусна дијагноза (*Dg*) била је: *Status febrilis*.

У породици и ближој фамилији “нема” хроничних, наследних, аутоимунних, малигних болести ни туберкулозе (*TBC*). Отац детета је по занимању аутолакирер.

У физикалном налазу: субфебрилна, гојазна девојчица (*BMI* 24,5 kg/m²), нормалних виталних функција, с благом хиперемијом ждрела. На предњој страни потколеница и колена уочавају се еритематозне топле промене изнад равни коже, различитог промера. Супкутано се палпирају болни нодуси, а потколенице су благо отечене (слика 1, 2 и 3).

Лимфонули су типични на типичним местима. Остали физикални налаз по органима и системима био је уредан. По завршеном педијатријском прегледу дете је упућено на секундарни ниво здравствене заштите ради испитивања са *Dg: Erythema nodosum in obs.*

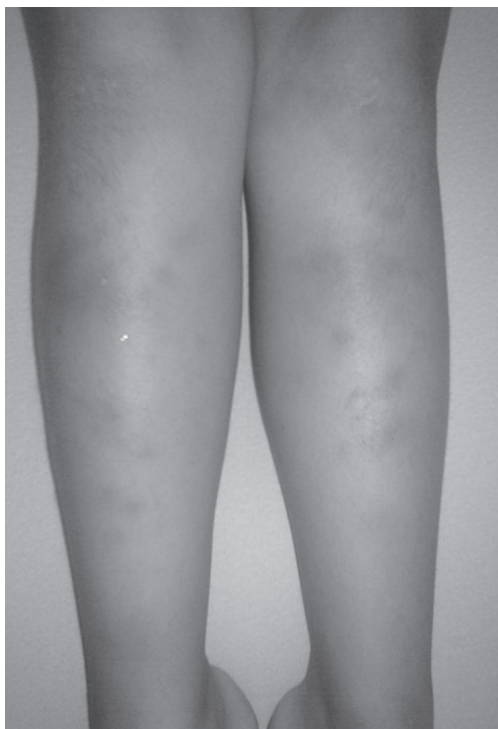
Након клиничког испитивања родитељи доносе резултате на увид: *KC - Le* 15,9 (*Gr* 71,2%), *CRP* 36 mg/L, *SE* 60 mm/h, брис грла негативан; урин - благо замућен, у седименту 75 *Le*, леукоцитна естераза⁺⁺, мали број бактерија, уринокултура негативна, брис грла негативан.



Слика 1. Нодозни еритем са локализацијом на колену



Слика 2. Нодозни еритем са претибијалном локализацијом



Слика 3. Претибијална локализација промена код нодозног еритема

На основу клиничке слике, анамнезе и лабораторијских показатеља, девојчица је отпуштена кући са *Dg: Erythema nodosum* и саветом да мирује, узима антибиотску терапију 10-14 дана, аналгоантипиретике и да дође на заказану контролу. Уз примењену терапију долази до побољшања и санације процеса у току три недеље од почетка терапије. Промене по кожи су саниране без појаве улцерација и ожиљака.

Дискусија

Приказан је типичан облик *EN* код петогодишње девојчице. Оно што карактерише болест у децем узрасту је краћи период трајања, фебрилност је присутна у 50% оболелих, артралгија у мањег броја деце, а у више од 50%-77% оболеле деце окидач (*trigger factor*) је инфективни агенс са бетахемолитичким стрептококом на првом месту³. Код одраслих промене трају 3-6 недеља па и дуже, а у више од 50% оболелих етиолошки агенс је непознат^{1,4}. У литератури је нађен податак да лекови и неке хемијске супстанције учествују са 3%-10% као етиолошки фактор⁴. Из породичне анамнезе се види да је отац детета аутолакирер приватник и да у свом раду користи лакове и боје који такође могу бити један од етиолошких фактора. Као инцијални или једини симптом, *EN* може да се јави код бројних аутоимуних, хроничних и других обољења

нејасне етиологије. Код саркоидозе *EN* се јавља у 11%-25% оболелих⁴. Доминантни симптоми су поред промена по кожи и поткожног ткива, хиларна лимфаденопатија и респираторни проблеми. Код девојчице у личној анамнези није било респираторних тегоба ни болести плућа.

У 2/3 оболеле деце дијагноза се може поставити на основу прецизно узете анамнезе, лабораторијских анализа³ и клиничке слике. Код пацијената са недефинисаним етиолошким узроком или атипичним облицима *EN*, треба проширити дијагностичку процедуру ради откривања озбиљнијих болести, као што су системски лупус еритематозус (*SLE*), Кронова (*Crohn*) болест, улцерозни колитис, Бешетова (*Behcet*) болест, саркоидоза и др.

Код наше пацијенткиње основне лабораторијске анализе су показале леукоцитозу са преминацијом гранулоцитне лозе, повишене вредности *CRP* и седиментације, леукоците у урину - 75 у видном пољу, леукоцитна естераза⁺⁺. Брис грла и уринокултура су били негативни.

Нема података да је рађен *ASOT* из резултата које су родитељи донели на увид ординирајућем педијатру. Копрокултура није рађена – девојчица није имала стомачне тегобе.

Дете је примило *BCG* на рођењу, ожиљак је видљив, а у породици није било *TBC* и није било потребе за радиографским снимањем плућа и *PPD₃* тестом. Нодозни еритем није патогномонична за *TBC*. Хиперсензитивна реакција структура поткожног ткива на микобактеријум туберкулозе се манифестује у виду поткожних нодуса, локализованих претежно на задњој страни потколеница; склони су улцерисању и стварању ожиљака након санације процеса⁵. У литератури се описује под дијагнозом *Erythema induratum of Bazin*. Јавља се код младих жена^{5,6} и диференцијално дијагностички је треба разликовати од *EN*. Ретко се јавља у децем узрасту⁶ за разлику од палмоплантарног облика *EN* који се јавља код деце и младих, а као узрок се помиње појачан психички напор^{7,8}. У диференцијалној дијагнози *EN* код деце треба искључити алергијске болести коже, инфекције, уједе инсеката, трауматске промене и бројне друге.

Код *EN* са непознатим *trigger* фактором, треба мислити о могућој повезаности с другим већ поменутим болестима.

Закључак

Како је код деце инфективни агенс пре свега бета хемолитички стрептокок најчешћи узрок појаве болести, урађене су иницијалне лабораторијске анализе крви, урина и бактериолошке културе.

Будући да болест представља закаснелу хиперсензитивну реакцију структура поткожног ткива на инфективни агенс (прим. стрептокок) и да се знаци болести

могу јавити и неколико недеља после стрептококне инфекције грла, култура бриса не мора бити позитивна. Тако је на основу клиничке слике, података о понављаним инфекцијама грла, уха и уротракта, као и повишених вредности леукоцита, гранулоцита, седиментације, *CRP*,

код петогодишње девојчице постављена дијагноза *EN*. До санације промена долази за три недеље од увођења антибиотске и симптоматске терапије. Промене су саниране без појаве улцерација и ожиљака.

Ljiljana Milenković-Atanacković

Pediatric primary health care dispensary,
Health Center Obrenovac, Serbia

Erythema nodosum at primary health care dispensary

Key words:

erythematous skin changes,
subcutaneous nodes,
paniculitis,
pre-school child.

Abstract

Introduction. Erythema nodosum (EN) is inflammatory nodular reaction of subcutaneous tissue (panniculitis) to various agents. It is accompanied by simultaneous appearance of painful, warm, reddish efflorescences on the skin, usually on the anterior side of shins, knees or ankles. In more than a half of the cases trigger factor cannot be determined. EN appears either as isolated condition or as symptom in numerous chronic inflammatory and autoimmune diseases, bowel infections, streptococcal pharyngitis, pregnancy, sarcoidosis, as reaction to medications and in other conditions.

Case report. A 5 - year old girl presents with erythematous skin efflorescences and painful subcutaneous lumps on the anterior surfaces of the shins, knees and ankles. Her mother reported that girl had low-grade fever, weakness, sore throat and arthralgia 2 or 3 days earlier. In personal history girl was under-weight in birth, and since birth, she suffered from throat infections, otitis media, and urinary tract infections. Her parents deny the existence of chronic diseases, malignancy, TBC, hereditary and autoimmune diseases in the family. Abnormal laboratory findings were: WBC-15.9, (Gr-71.2 %), sedimentation rate-60 mm/h, CRP 36 mg/l., In urine: leucocytes 75, Le-esterase ++, small number of bacteria. Throat swab and urinoculture were negative. Based on anamnesis, clinical picture, and lab results, the child was checked out of hospital with diagnosis Erythema Nodosum. Advice was antibiotics 10 – 14 days, bed rest, analgesics and checkup. In three weeks, the patient was better and skin changes vanished completely without ulcerations and scars.

Conclusion. According to anamnesis, clinical manifestations, BC, CRP, Sedimentation rate, good reaction to antibiotics, EN in this case seems to be a reaction to infective agent.

Литература

1. Requena L, Requena C. *Erythema nodosum*. DOJ 2002; 8(1).
2. Vesey CMR, Wilkinson DS. *Erythema nodosum*. Br J Dermatol 1959; 71:139-55.
3. Kakourou T, Drosatou P, Psychou F, Aroni K, Nicolaidou P. *Erythema nodosum in children: a prospective study*. J Am Acad Dermatol 2001; 44(1):17-21.
4. Schwartz A. R, Nervi S. *Erythema nodosum: A Sign of Systematic Disease*. J Am Acad Fam Physicians 2007; Vol. 75/No. 5.
5. Brown-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. *Dermatology*. 2nd ed. Berlin: Springer; 2000; p. 21.
6. Chang MW, Lawrence R, Orlow SJ. *Erythema induratum of Bazin in an infant*. J Am Acad Ped 1999; 103:498-9.
7. Ohtake N, Kawamura T, Akyama C, Furue M, Tamaki K. *Unilateral plantar erythema nodosum*. J Am Acad Dermatol 1994; 30:654-5.
8. Joshi A, Sah SP, Agawal S, Agrawalla A, Jacob M. *Palmar erythema nodosum*. J Dermatol 2000; 27:420-1.
9. Suarez SM, Piller AS. *Plantar erythema nodosum: cases in two children*. Arch Dermatol 1993; 129:1064-5.

Примљен • Received: 5. 7. 2010.
Прихваћен • Accepted: 8. 8. 2010.