

Piotr Brzeziński,
Ahmad Thabit Sinjab

6 Wojskowy Oddział Gospodarczy w Ustce,
Szpital Powiatowy w Wyrzysku Sp. z o.o.

Atypowe postaci łupieżu pstrego

Atypical pityriasis rosea

STRESZCZENIE

Łupież różowy jest ostrą, samoistnie ustępującą, grudkowo-złuszczającą chorobą, charakteryzującą się w typowej formie nagłym pojawieniem się najpierw dużej zmiany skórnej (blaszka macierzysta), a następnie wielu mniejszych, łuszczących się, owalnych lub okrągłych zmian skórnych, które występują wzdłuż linii cięcia Langer'a na tułowie i na proksymalnych częściach kończyn. Nie u wszystkich pacjentów z łupieżem różowym obecne są typowe zmiany. Odnotowano wiele rzadkich postaci klinicznych (ograniczona do niewielkiego obszaru, jednostronna), różniących się pod względem morfologii zmian (pęcherzykowa, krwotoczna grudkowa, typu *pityriasis circinata et marginata of Vidal*), wielkości zmian (gigantyczna Dariera) oraz rozmieszczenia zmian (błony śluzowe, dłonie i stopy czy pachy).

Forum Medycyny Rodzinnej 2013, tom 7, nr 6, 338–341

słowa kluczowe: łupież różowy, blaszka macierzysta, choroby skóry, objaw choinki

ABSTRACT

Pityriasis rosea (PR) is a self-limiting papulosquamous disorder characterized in its typical form by sudden onset of a larger scaly plaque (herald plaque), followed by multiple, bilateral smaller scaly lesions of oval or round shape which follow Langer's lines of cleavage on the trunk and proximal parts of extremities. However, not all patients of PR present with typical morphology and distribution. Several less common clinical presentations have been reported (limited to a small area, unilateral) in terms of morphology of lesions (vesicular, haemorrhagic, papular, *pityriasis circinata et marginata of Vidal*), size of lesions (gigantea of Darier) and site of lesions (mucosae, palms and soles or axilla).

Forum Medycyny Rodzinnej 2013, vol 7, no 6, 338–341

key words: pityriasis rosea, herald patches, skin diseases, christmas tree

Adres do korespondencji:
dr n. med. Piotr Brzeziński
ul. Andersa 5/8, 76–200 Słupsk
tel.: 692 121 516
e-mail: brzezoo@wp.pl

WSTĘP

Łupież różowy (PR, *pityriasis rosea*) jest ostrą, samoistnie ustępującą, grudkowo-złuszczającą chorobą, charakteryzującą się w typowej formie nagłym pojawieniem się

najpierw dużej zmiany skórnej (blaszka macierzysta), a następnie po około 2 tygodniach wielu mniejszych, łuszczących się, owalnych lub okrągłych zmian skórnych, które występują wzdłuż linii cięcia Langer'a na tułowie

i na proksymalnych częściach kończyn [1, 2]. Zmiany skórne zwykle utrzymują się około 6 tygodni [3–5].

Po raz pierwszy PR został opisany w 1860 roku przez Giberta [2], ale rozpoznany już w 1789 roku przez Willana [6]. Może pojawić się w dowolnym wieku, ale najczęściej między 10. a 35. rokiem życia [1, 7]. Podaje się, że PR występuje z jednakową częstością w ciągu całego roku [8].

U niemowląt PR prawie nie jest rozpoznawany, natomiast u małych dzieci obserwowany jest rzadko i częściej niż u dorosłych może mieć nietypowy przebieg, lokalizację oraz morfologię wykwitów [9]. Celem pracy jest przedstawienie nietypowych postaci PR opisanych w literaturze.

Etiologia PR nie jest do końca poznana. Aktualne dane wskazują, że **PR jest typem wirusowej wysypki, a etiologia może być związana z ludzkim wirusem opryszczki —HHV-6 i HHV-7** [10]. Ayanlowo i wsp. stwierdzili, że najbardziej prawdopodobnym czynnikiem etiologicznym PR jest zakażenie wirusowe, a dowodami są na to między innymi sezonowość choroby, nietolerancja na ampicylinę, rzadkość występowania nawrotu choroby, możliwość występowania schorzenia w zgrupowaniach i dobra odpowiedź na acyklowir we wczesnych etapach erupcji zmian [11].

Opisano wiele rzadkich objawów klinicznych PR. [12–20]. Prosta klasyfikacja atypowych postaci PR została zaproponowana przez Chuh i wsp. [13].

NIETYPOWA MORFOLOGIA ZMIAN

Morfologia obejmuje zmiany pęcherzykowe, grudkowe, liszajowate, typu *erythema multiforme-like*, typu *pityriasis circinata et marginata of Vidal*, zmiany o postaci plamicy krwotocznej, pokrzywki.

Grudkowa odmiana PR jest częsta u dzieci. Liczne małe grudki średnicy 1–2 mm mogą być widoczne wraz z klasyczną postacią PR [13]. Podobnie jak w opisywanym przypadku. Nietypowe przypadki PR są dość powszechne,

ale rzadziej rozpoznawane i mogą stanowić wyzwanie diagnostyczne.

Amer i wsp. porównali wyniki swoich badań (wyniki dla PR u dzieci czarnoskórych) z danymi z literatury amerykańskiej, europejskiej oraz afrykańskiej na temat PR [21]. U ich pacjentów częściej zmiany obejmowały twarz (30%) i skórę głowy (8%) niż w przypadkach opisanych u białej populacji. Jedna trzecia miała grudkową postać PR. Choroba rozwijała się u prawie połowy pacjentów w ciągu 2 tygodni. Pozostałości w postaci przebarwień obserwowano u 48% pacjentów. Hipopigmentację obserwowano u 29% pacjentów, szczególnie z postacią grudkową i grudkowo-pęcherzykową.

Pęcherzykowa postać PR (ryc. 1) zwykle jest spotykana u dzieci oraz młodych dorosłych i może przebiegać z silnym świądem [13]. Zmiany skórne mogą mieć charakterystyczne ułożenie w wianuszki [22].

NIETYPOWY ROZMIAR ZMIAN

Opisywano postaci o bardzo małych, rozsiąanych wykwitach [8], jak również znajdowane są pojedyncze doniesienia o postaci gigantycznej Dariera [4].

NIETYPOWA DYSTRYBUCJA ZMIAN I LOKALIZACJA

Pityriasis rosea inversa prezentuje się jako zmiany zlokalizowane nietypowo na kończynach, piersiach, w miejscach zgięć i na twarzy (ryc. 2), na penisie, palcu, powiekach [12]. Doniesienia na temat postaci zlokalizowanej czy ograniczonej do niewielkiego obszaru, jak również postaci jednostronnej [23] lub segmentarnej są rzadkie, jednak coraz częściej opisywane [24].

NIETYPOWA LICZBA ZMIAN

Pityriasis circinata et marginata of Vidal jest czasem uważany za szczególną formę PR. Występuje głównie u dorosłych i charakteryzuje się niewielką liczbą zmian, często zlokalizowanych w okolicy pach lub pachwin [25].



Rycina 1. Łupież różowy — postać atypowa. Zmiana z tendencją do tworzenia pęcherza



Rycina 2. Łupież różowy — postać atypowa. Zmiana zlokalizowana na twarzy

NIETYPOWE NASILENIE OBJAWÓW

Łupieżowi różowemu zwykle nie towarzyszy świąd, ale występowanie świądu nie jest rzadkie. Termin *pityriasis rosea irritata* jest utworzony w celu opisanego pacjentów cierpiących na ciężki świąd, ból i pieczenie [13]. Vano-Galvan i wsp. odnotowali przypadek 12-letniego czarnoskórego dziecka, u którego rozwinęła się wysypka grudkowa z intensywnym świądem twarzy i u którego zdiagnozowano PR [26].

NIETYPOWY PRZEBIEG ZMIAN

Odnotowano przypadki nawrotów PR. Zostały one oszacowane na 1,8–3,5% przypadków [27]. Lemster i wsp. opisują rodzinne występowanie PR [28].

Błazka macierzysta jest typową cechą PR, jej pojawienie się kilka dni przed wysiewem pozostałych zmian skórnych sugeruje nam rozpoznanie [20, 29]. Błazka macierzysta jest często mylnie diagnozowana jako zmiany grzybicze. W celu wykluczenia zakażenia grzybiczego należy wykonać badanie mikroskopowe łusek pochodzących z blaszki macierzystej po dodaniu wodorotlenku potasu. W diagnostyce różnicowej także należy wziąć pod uwagę między innymi: kiłę druzgordową, łojotokowe zapalenie skóry, wy-

prysk pieniążkowy czy *pityriasis lichenoides chronica* [25].

Również blaszka macierzysta może przybierać nietypowe formy lub lokalizację. Opisane są przypadki bez blaszki macierzystej lub gdy pozostaje ona niezauważona ze względu na lokalizację (pachy, pachwiny). Robati i Toossi opisują blaszkę macierzystą zlokalizowaną na stopie [30].

Pozostałe zmiany mogą wystąpić 5–10 dni po blaszce macierzystej [29, 31]. Typowe zmiany są owalne lub okrągłe, około 1 cm średnicy, lekko uniesione, koloru od różowego do brązowego. Układają się wzdłuż linii cięcia skóry, tworząc obraz przypominający wzór choinki („*christmas tree*” sign) [32]. Choroba często przebiega bezobjawowo, choć zlokalizowany świąd jest opisywany dość często.

Nie ma ustalonych zasad terapii PR, ponieważ wydaje się, że choroba ta nie wymaga leczenia i ustępuje samoistnie po 4–8 tygodniach [33, 34].

Rzadkość występowania, jak również nietypowa lokalizacja zmian, a także ich charakter powodują, że PR jest prawie nierozpoznawalny u niemowląt i małych dzieci. Obecność blaszki macierzystej sugeruje nam rozpoznanie.

PIŚMIENICTWO

1. Bitencourt Miranda S.M., Delmaestroll D., Bittencourt de Mirandall P., Filgueira A.L., Faria de Souza Pontes L. Pitiríase rósea. *An. Bras. Dermatol.* 2008; 83: 461–469.
2. Zawar V., Jerajani H., Pol R. Current trends in pityriasis rosea. *Expert Review of Dermatology* 2010; 5: 325–333.
3. Polat M., Gür G., Tamer E., Üstün H., Allý N. Veziküler Pitiriazis Rosea: Oral Eritromisine Yanýt Veren Bir Olgu — Editöre Mektuplar. *Türk Dermatoloji Dergisi* 2008; 2: 133–4.
4. Zawar V. Giant pityriasis rosea. *Ind. J. Dermatol.* 2010; 2: 192–194.
5. Chukwudi L.N. Does pityriasis rosea Koebnerise? *Our. Dermatol. Online.* 2013; 4: 189–190.
6. Precival G.H. Pityriasis rosea. *Br. J. Dermatol.* 1932; 44: 241–253.
7. Brzeziński P., Sinjab A.T. Pityriasis rosea a ciąża. Opis przypadku. *Dermatol. Prakt.* 2012; 1: 42–44.
8. Drago F., Broccoli F., Rebora A. Pityriasis rosea: an update with a critical appraisal of its possible herpesviral etiology. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2009; 61: 303–318.
9. Brzezinski P., Sinjab A.T. Pityriasis rosea in 12-month-old infant. *Our. Dermatol. Online* 2012; 3: 119–122.
10. Bitencourt Miranda S.M., Delmaestroll D., Bittencourt de Mirandall P., Filgueira A.L., Faria de Souza Pontes L. Pitiríase rósea. *An. Bras. Dermatol.* 2008; 83: 461–469.
11. Ayanlowo O., Akinkugbe A., Olumide Y. The pityriasis rosea calendar: a 7 year review of seasonal variation, age and sex distribution. *Nig. Q. J. Hosp. Med.* 2010; 20: 29–31.
12. Gibney M.D., Leonard C.L. Acute papulo-squamous eruption of the extremities demonstrating an isomorphic response. *Arch. Dermatol.* 1997; 133: 649–654.
13. Chuh A., Zawar V. Case reports and studies on pityriasis rosea — from number of patients to meta-analyses and diagnostic criteria. *Our. Dermatol. Online* 2012; 3: 141–142.
14. Ahmed I., Charles-Holmes R. Localized pityriasis rosea. *Clin. Exp. Dermatol.* 2000; 25: 624–626.
15. Sharma P.K., Yadav T.P., Gautam R.K., Taneja N., Satyanaryana L. Erythromycin in pityriasis rosea: A double blind, placebo controlled clinical trial. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2000; 42: 241–244.
16. Kay M.H., Rapini R.P., Fritz K.A. Oral lesions in pityriasis rosea. *Arch. Dermatol.* 1985; 121: 1449–1451.
17. Friedman S.J. Pityriasis rosea with erythema multiforme-like lesions. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1987; 17: 135–136.
18. Brar B.K., Pall A., Gupta R.R. Pityriasis rosea unilateralis. *Indian J. Dermatol. Venerol. Leprol.* 2003; 69: 42–43.
19. Zawar V. Giant pityriasis rosea. *Ind. J. Dermatol.* 2010; 2: 192–194.
20. Ang C.C., Tay Y.K. Blaschkoid pityriasis rosea. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2009; 61: 906–908.
21. Amer A., Fischer H., Li X. The natural history of pityriasis rosea in black American children: how correct is the "classic" description? *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2007; 161: 503–506.
22. Crosby D.L., Feldman S.D. A pruritic vesicular eruption: vesicular pityriasis rosea. *Arch. Dermatol.* 1990; 126: 1500–1501.
23. Heller A.J. Allergic skin disease. *Facial Plast. Surg. Clin. North Am.* 2012; 20: 31–42.
24. Zawar V., Godse K. Segmental lesions in pityriasis rosea: a rare presentation. *Skinmed.* 2011; 9: 382–384.
25. Aguilera Maruri C., Aguilera Diaz L. Vidal's pityriasis circinate et marginate as an autonomous disease. *Actas Dermosifiliogr.* 1968; 59: 443–457.
26. Gündüz O., Ersoy-Evans S., Karaduman A. Childhood pityriasis rosea. *Pediatr. Dermatol.* 2009; 26: 750–751.
27. Vano-Galvan S., Ma D.-L., Lopez-Neyra A., Perez B., Muñoz-Zato E., Jaén P. Atypical pityriasis rosea in a black child: a case report. *Cases J.* 2009; 2: 6796.
28. Halkier-Sørensen L. Recurrent pityriasis rosea. *Acta Derm. Venerol.* 1990; 70: 179–180.
29. Lemster N., Neumark M., Arie I. Pityriasis rosea in a woman and her husband — case report and review of the literature. *Case Rep. Dermatol.* 2010; 2: 135–139.
30. Turchin I., Adams S.P., Enta T. Dermacase. Pityriasis rosea. *Canad. Fam. Phys.* 2004; 50: 41.
31. Robati R.M., Toossi T. Plantar herald patch in pityriasis rosea. *Clin. Exp. Dermatol.* 2009; 34: 269–270.
32. Browning J.C. An update on pityriasis rosea and other similar childhood exanthems. *Curr. Opin. Pediatr.* 2009; 21: 481–485.
33. Brzeziński P., Passarini B., Nogueira A., Sokolowska-Wojdyło M. Dermatology eponyms — phenomenon/sign — Dictionary (C). *N. Dermatol. Online.* 2011; 2: 81–100.
34. Egwin A.S., Martis J., Bhat R.M., Kamath G.H., Nanda K.B. A clinical study on pityriasis rosea. *Indian J. Dermatol.* 2005; 50: 136–138.
35. Sharma L., Srivastava K. Clinicoepidemiological study of pityriasis rosea. *Indian J. Dermatol. Venerol. Leprol.* 2008; 74: 647–649.