

Róża krwotoczna nawrotowa kończyny dolnej — opis przypadku

Recurrent haemorrhagic erysipelas of a lower limb — case report

Julita Świątecka,
Dorota Purzycka-Bohdan,
Aneta Szczerkowska-Dobosz,
Roman Nowicki

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii
i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Róża (*erysipelas*) jest to ostry stan zapalny skóry i tkanki podskórnej, któremu towarzyszy znacznie podwyższona temperatura ciała i dreszcze. Jedną z postaci klinicznych choroby jest róża krwotoczna, która charakteryzuje się bardziej intensywnym przebiegiem, wydłużonym czasem terapii oraz zwiększonym ryzykiem powikłań. Istotne znaczenie w patogenezie róży mają schorzenia towarzyszące. Ważnym problemem klinicznym jest brak jasno określonych zasad profilaktyki i związana z tym nawrotowość choroby.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie przypadku 47-letniego pacjenta, u którego róża krwotoczna wystąpiła trzykrotnie w odstępach dwumiesięcznych.

Forum Medycyny Rodzinnej 2015, tom 9, nr 6, 477–480

słowa kluczowe: choroby skóry bakteryjne, róża, nawrót choroby

ABSTRACT

Erysipelas is an acute infection of the skin and subcutaneous tissue, accompanied by fever and chills. One of the clinical form of this disease is haemorrhagic erysipelas characterized by the aggressive and prolonged course of illness with increased risk of complications. Accompanying diseases play a significant role in pathogenesis of erysipelas. The main clinical problem is lack of well defined rules of antibiotic prophylaxis and therefore a high risk of recurrence.

The aim of this case report is to introduce a 47-year-old man who has been suffering from erysipelas three times with a two month interval between each time.

Forum Medycyny Rodzinnej 2015, vol 9, no 6, 477–480

key words: bacterial skin diseases, erysipelas, recurrence

WPROWADZENIE

Róża (*erysipelas*) jest chorobą zakaźną. Charakteryzuje ją ostry stan zapalny skóry

i tkanki podskórnej o gwałtownym przebiegu, z towarzyszącą wysoką temperaturą ciała oraz dreszczami [1]. Najczęstszym czynni-

Adres do korespondencji:

dr hab. med. Aneta Szczerkowska-Dobosz
Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii
i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk
tel.: (+48 58) 349–25–88,
faks: (058) 349–25–86
e-mail: adobosz@gumed.edu.pl

kiem wywołującym różę są paciorkowce beta hemolizujące grupy A, rzadziej G, B, C lub D. Czynnikiem etiologicznym zakażeń tkanek miękkich opisywanych jako róża może być także *Staphylococcus aureus*. Niekiedy choroba spowodowana jest przez zakażenia mieszane [2, 3]. Wielu autorów z uwagi na podobny obraz kliniczny kwalifikuje różę oraz zapalenie skóry i tkanek miękkich (SSTIs, *soft skin tissue infections*) jako tę samą jednostkę chorobową [4]. Róża w odróżnieniu od SSTIs charakteryzuje się bardziej powierzchownym zajęciem skóry oraz szerszym udziałem układu limfatycznego w procesie chorobowym. W obrazie klinicznym widoczne są obrzęk, zaczerwienienie oraz ostry stan zapalny. Zmianę cechuje nieregularny kształt, skóra jest gładka, napięta i lśniąca. Charakterystyczne jest bardzo wyraźne odgraniczenie zmian od otaczających tkanek nieobjętych procesem chorobowym oraz twardy obrzęk z drobnymi wgłębieniami nazywany objawem *peau d'orange* [4]. Ponadto obecne są znaczne dolegliwości bólowe. Najczęstszą lokalizacją zmian są kończyny dolne (70–80%), rzadziej twarz lub kończyny górne [2, 5].

Wyróżnia się kilka podtypów klinicznych róży. Postać pęcherzowa (*erysipelas bullosum*) powstaje, kiedy płyn wysiękowy gromadzi się w warstwie brodawkowej skóry, doprowadzając do oddzielenia się naskórka i tworzenia pęcherzy. Gdy dochodzi do uszkodzenia spłotów naczyniowych w głębszych warstwach skóry właściwej i w tkance podskórnej mamy do czynienia z różą krwotoczną (*erysipelas haemorrhagicum*), która często towarzyszy róży pęcherzowej (zawartość pęcherzy stanowi wówczas krwista wydzielina). Obecność martwicy i zgorzeli w obrębie zmian sugeruje rozpoznanie róży zgorzelinowej (*erysipelas gangraenosum*). Szerzenie się zmian drogami chłonnymi przemawia za różą wędrującą (*erysipelas migrans*).

Róża krwotoczna opisywana jest jako agresywna postać róży o dłuższym przebiegu, której czynnikiem etiologicznym częściej

może być *Staphylococcus aureus* [6]. Istotne znaczenie w patogenezie choroby i jej nawrotów ma zapalenie naczyń chłonnych oraz postępująca zakrzepica drobnych naczyń żylnych. Choroby współistniejące mające istotny wpływ na rozwój róży to między innymi cukrzyca, zespół nerczycowy, otyłość, przewlekła niewydolność żylna z obrzękami kończyn i zakrzepicą żył głębokich, zespół pozakrzepowy, obrzęk chłonny oraz grzybica stóp [7–9].

OPIS PRZYPADKU

Pacjent, lat 47, został przyjęty do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu wystąpienia nasilonych zmian skórnych pod postacią krwotocznych oraz rumieniowych wykwitów, zlokalizowanych w obrębie uda lewego. Zmiany te były wyraźnie odgraniczone (ryc. 1). Towarzystwo im obrzęk oraz wzmożone ucieplenie kończyny. Na kilka dni przed przyjęciem do szpitala pojawiła się wysoka gorączka oraz silne dolegliwości bólowe kończyny dolnej. W wywiadzie chory w ciągu tego samego roku był dwukrotnie hospitalizowany w odstępach dwumiesięcznych na Oddziale Chorób Zakaźnych z powodu podobnych objawów dotyczących kończyny dolnej prawej. Miano ASO (odczyn antysreptolizynowy) wynosiło 270 (j.m./ml). Rozpoznano wówczas różę krwotoczną nawrotową i zastosowano



Rycina 1. Mężczyzna, lat 47. W obrębie uda lewego rozległe ognisko rumieniowo-obrzękowe o nieregularnych zarysach, z widocznymi krwotocznymi dużymi pęcherzami. W centrum obecna nadżerka po pękniętym pęcherzu. Na obwodzie zmian plamiste podbiegnięcia krwawe

antybiotykoterapię, leczenie odwadniające oraz profilaktyczne leczenie przeciwkrzepliwe — z dobrym efektem. Po przebytej dwukrotnie róży w okolicy uda prawego pozostały jedynie pozapalne przebarwienia. Pacjent nie podjął leczenia profilaktycznego. Po 2 miesiącach doszło do nagłego rozwoju podobnych zmian skórnych tym razem w obrębie kończyny dolnej lewej. W Szpitalu Chorób Zakaźnych, gdzie pierwotnie chory został przyjęty, włączono prednizon w dawce 30 mg/d., podejrzewając, że proces chorobowy może być spowodowany zapaleniem naczyń na tle immunologicznym. Ponadto zastosowano antybiotykoterapię. W Klinice Dermatologii zlecono wykonanie oznaczenia przeciwciał przeciwjądrowych ANA-Hep oraz profilu jądrowego immunoblot. Wyniki obydwu badań były ujemne. W badaniu USG dopplerowskim żył oraz tętnic kończyn dolnych nie stwierdzono odchyłań od stanu prawidłowego. Nie stwierdzono podwyższonego miana ASO (170 j.m./ml). Parametry stanu zapalnego były podwyższone (OB 45 mm/h, CRP 140 mg/l). Ponadto w badaniach laboratoryjnych zwracała uwagę leukocytoza (WBC 16 g/l), limfocytosis (5,4 g/l), neutrocytoza (8,9 g/l). Włączono leczenie penicyliną prokainową w dawce 2 400 000 j./d. domięśniowo, dołączono pentoksyfilinę oraz leczenie miejscowe z zastosowaniem okładów z 2-procentowego ichtiolu. Stopniowo redukowano dawkę preparatu steroidowego. Po około 3 tygodniach leczenia uzyskano niemal całkowitą remisję zmian skórnych i pełne ustąpienie dolegliwości podmiotowych.

DYSKUSJA

Róża (*erysipelas*) często ma charakter nawrotowy. Dane z wielu prac klinicznych wskazują, że odsetek przypadków nawrotowych jest znaczny. W badaniu populacji szwedzkiej, obejmującym dwuletnią obserwację, nawrót po pierwszym epizodzie wystąpił u 12% chorych, zaś u 16% choroba nawróciła dwa i więcej razy [3]. W 10-letniej obserwacji populacji polskiej nawroty róży zaobserwowano

aż u 71,16% pacjentów [7]. Obserwacje kliniczne wskazują, że największym ryzykiem nawrotów obarczona jest róża zajmująca kończyny dolne [3, 7, 10], podobnie jak to miało miejsce u naszego chorego. Mimo tak wysokich wskaźników profilaktyka choroby wciąż stanowi istotny problem kliniczny. Za główny czynnik ryzyka nawrotu róży uważa się obrzęk limfatyczny [4, 7–12]. W badaniu limfoscyntygraficznym u osób z co najmniej dwoma nawrotami róży, przeprowadzonym na Oddziale Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej w Sao Jose do Rio Preto University School of Medicine de Godoy i wsp. wykazali istotne zaburzenia w drenażu limfatycznym [12]. Co więcej, ryzyko nawrotu mogą zwiększać schorzenia towarzyszące, aczkolwiek opinie badaczy na ten temat nie są w pełni zgodne. Niektórzy autorzy uważają, że cukrzyca i alkoholizm zwiększają to ryzyko [7, 13], podczas gdy inni je negują [11]. Wydaje się, że czynniki ryzyka zachorowania na różę, takie jak uszkodzenia mechaniczne nie mają wpływu na nawrotowość tej choroby [10]. Badacze pozostają jednak zgodni co do faktu, że niewydolność żylna, grzybica stóp, obrzęk limfatyczny, otyłość, wcześniejsze interwencje chirurgiczne w obrębie kończyny są istotnymi czynnikami ryzyka ponownego zachorowania na tę chorobę infekcyjną [4, 8, 9, 12]. U wielu chorych mimo prawidłowego leczenia i uzyskania całkowitej remisji objawów dochodzi do nawrotów, co w konsekwencji może prowadzić do poważnych powikłań, takich jak zapalenie naczyń żylnych, zapalenia naczyń chłonnych, zapalenia kości, słońowacizny, ropowicy czy kłębuszkowego zapalenia nerek [1, 7, 14, 15].

Róża krwotoczna opisywana jest jako bardziej agresywna postać róży z obecnością podskórnych krwawień. Nieleczona lub zbyt późno rozpoznana może doprowadzić do wielu powikłań, w tym do zagrażającej życiu posocznicy. Istnieje niewiele prac naukowych określających częstość występowania róży krwotocznej. W analizie przeprowadzonej przez Klinikę Dermatologii *Collegium Me-*

dicum Uniwersytetu Jagiellońskiego obejmującej 10 lat osoby z tą postacią kliniczną schorzenia stanowiły 14% chorych na różę [7]. Niektórzy uważają jednak, że liczba ta może być niedoszacowana. Wynika to z niekiedy błędnego rozpoznawania schorzenia jako żylna choroba zakrzepowa lub martwicze zapalenie powięzi z powodu występowania podobnych objawów początkowych [16]. Niewłaściwa diagnoza opóźnia rozpoczęcie właściwego leczenia, co zwiększa możliwość powikłań i ryzyko nawrotu.

W leczeniu róży lekiem z wyboru pozostaje penicylina. Terapia u pacjentów uczulonych na penicylinę jest ograniczona ze względu na dużą oporność na makrolidy wśród paciorkowców grupy A [4]. Przeprowadzono dwa badania randomizowane PATCH I oraz II mające na celu między innymi ocenę zmniejszenia nawrotowości po stosowaniu profilaktycznych dawek penicyliny po pierwszym epizodzie róży lub róży nawrotowej. Badania te dowodzą skuteczności zapobiegania nawrotom róży małymi dawkami penicyliny [17]. *British Lymphology Society* 2013 rekomenduje rozważenie profilaktycznej antybiotykoterapii

(fenoksymetylopenicylina w dawce 500 mg lub 1 g/dobę, gdy masa ciała wynosi > 75 kg) u pacjentów, u których rocznie pojawiają się dwa lub więcej epizody zapalenia tkanki łącznej. Po roku skutecznej profilaktyki dawkę można zmniejszyć do 250 mg dziennie. U pacjentów uczulonych na penicyliny zalecane jest stosowanie erytromycyny w dawce 500 mg dziennie, przy braku tolerancji w leczeniu alternatywnym stosuje się klarytromycynę w dawce 250 mg dziennie [18].

Chorzy z różą, a w szczególności różą krwotoczną, powinni być starannie oceniani w celu oszacowania ryzyka nawrotu. Należy dołożyć starań, aby skutecznie leczyć choroby stanowiące grupę wysokiego ryzyka nawrotowości róży. Efektywna terapia niewydolności żylniej, obrzęku limfatycznego oraz grzybicy stóp, a także rozważenie profilaktycznej antybiotykoterapii u pacjentów z dodatkowymi schorzeniami mogłyby się przyczynić do ograniczenia nawrotowości róży, zmniejszenia częstości powikłań oraz obniżenia kosztów leczenia, co jest jednak trudne ze względu na brak precyzyjnie określonych czynników ryzyka nawrotu i kryteriów terapii profilaktycznej.

PIŚMIENNICTWO

- Jabłońska S., Majewski S. Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2010; 3: 46.
- Chartier C., Grosshans E. Erysipelas. *Int. J. Dermatol.* 1990; 29: 459–467.
- Eriksson B., Jorup-Riinstriim C., Karkkonen K., Sjiiblom A.C., Holm S.E. Erysipelas. Clinical and bacteriologic spectrum and serological aspects. *Clin. Infec. Dis.* 1996; 23: 1091–1098.
- Chlebicki M.P., Oh C.C. Recurrent cellulitis: risk factors, etiology, pathogenesis and treatment. *Curr. Infect. Dis. Rep.* 2014; 16, 422.
- Szmidt J., Kuźdzał J., Gruca Z. i wsp. Podstawy chirurgii. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2010; 10; 2; 7.
- Edwards J., Green P., Haase D. A blistering disease, bullous erysipelas. *CMAJ* 2006; 175: 244.
- Wojas-Pelc A., Alekseenko A., Jaworek A.K. Róża — przebieg choroby, nawroty, powikłania; 10-letnia obserwacja retrospektywna. *Przegl. Epidemiol.* 2007; 61: 457–464.
- Pavlotsky F., Amrani S., Trau H. Recurrent erysipelas — risk factors. *Dtsch. Dermatol. Ges.* 2004; 2: 89–95.
- Roujeau J.C., Sigurgeirsson B., Kortling H.C., Kerl H., Paul C. Chronic dermatomycoses of the foot as risk factors for acute bacterial cellulitis of the leg: a case-control study. *Dermatology* 2004; 209: 301–307.
- Inghammar M., Rasmussen M., Linder A. Recurrent erysipelas-risk factors and clinical presentation. *BMC Infect. Dis.* 2014; 14: 270–276.
- Dupuy A., Benchikhi H., Roujeau J.C. i wsp. Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case-control study. *BMJ* 1999; 318: 1591–1594.
- de Godoy J.M., de Godoy M.F., Valente A., Camacho E.L., Paiva E.V. Lymphoscintigraphic evaluation in patients after erysipelas. *Lymphology* 2000; 33: 177–180.
- Jorup-Rönström C. Epidemiological, bacteriological and complicating features of erysipelas. *Scand. J. Infect. Dis.* 1986; 18: 519–524.
- Coste N., Perceau G., Léone J. i wsp. Osteoarticular complications of erysipelas. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2004; 50: 203–209.
- de Godoy J.M., Irikura M.K., de Moura Álvares R., Quintino E. Association of erysipelas with acute renal failure. *Int. Urol. Nephrol.* 2011; 43: 917–918.
- Estines O., Coste N., Perceau G. i wsp. Haemorrhagic cellulitis: three cases. *Ann. Dermatol. Venereol.* 2003; 130: 523–526.
- Mason J.M., Thomas K.S., Crook A.M. i wsp. Prophylactic antibiotics to prevent cellulitis of the leg: economic analysis of the PATCH I & II trials. *PLoS One* 2014; 9.
- British Lymphology Society, Consensus Document on the Management of Cellulitis in Lymphoedema 2013.