

lichen striatus

MUDr. Andrea Hradiská

Kožní oddělení, Uherskohradištská nemocnice a. s., Uherské Hradiště

Autorka popisuje prípad 56-ročnej pacientky s lichen striatus, ktorý sa v dospelosti vyskytuje veľmi zriedkavo. Lézie tejto vzácnej lineárnej dermatitídy sa u pacientky vyskytovali v oblasti ľavej hornej a dolnej končatiny. Vyvolávajúca príčina nebola zistená. Približne 5 mesiacov po iniciálnom výseve dochádza k regresii lichen striatus so zanechaním minimálnych hypopigmentácií.

Dermatol. praxi 2008; 2(4): 197–198

Úvod

Lichen striatus (LS) je prechodná lineárna dermatitída so spontánnou regresiou, často sledujúca Blaschkove línie. Príčina LS je neznáma. Častejší výskyt sa udáva u detí. U dospelých sa vyskytuje zriedkavo. O pomenovanie LS sa zaslúžili Senear a Caro (1941) (1). V minulosti bol LS pomenovaný niekoľkými termínmi ako je naevus linearis (Unna 1896), dermatosis linearis pruriens (Zoon 1928), či linearen Ekzem (Leipner 1936) atď.

LS sa prejavuje náhlým výsevom malých lichenoidných papúl červenej či telovej farby, hlavne na proximálnych častiach končatín. Lichenoidné papuly sú bez Wickhamovho fenoménu. Papuly následne splyývajú do súvislého či prerušovaného pruhu širokého 2–20 mm, dlhého niekoľko centimetrov, ktorý ďalej pokračuje distálnym smerom. Môže zabrať aj celú dĺžku končatiny. Výsev LS je unilaterálny a solitárny. Menej často sú ložiská mnohopočetné a bilaterálne. Výsev je zvyčajne asymptomatický, pruritus sa vyskytuje len výnimočne. LS postihuje hlavne končatiny (cca dve tretiny prípadov), menej často trup, krk či iné lokalizácie (2). Výsev LS trvá vo väčšine prípadov 2–3 týždne, k ústupu lokálnych prejavov LS dochádza počas niekoľkých mesiacov, najčastejšie 3–6 mesiacov. LS môže zanechávať hypopigmentácie.

Z histopatologického hľadiska sa rozlišuje predovšetkým typ lichenoidný a eczematoidný, ktorý môže byť v krajných prípadoch nerozlišiteľný od lichen ruber a ekzému (3). Histologicky je prítomný hustý, zvyčajne perivaskulárny lymfohistiocytárny infiltrát v oblasti dermis. V epidermis môže byť

mierna invázia lymfocytov s ložiskovými oblasťami akantózy, parakeratózy a spongiózy, príležitostne sú prítomné dyskeratotické bunky (4).

Popis prípadu

56-ročná pacientka bola odoslaná spádovým dermatológom k prijatiu na kožné oddelenie v Uherskom Hradišti pre lineárny, erytematózny výsev na ľavej polovici tela (ľavá horná a dolná končatina). Lokálny nález trval asi mesiac a nespôsobil pacientke žiadne subjektívne ťažkosti.

V rodinnej anamnéze pacientka udáva u matky TBC v mladosti, diabetes mellitus II typu, stp. CMP, u otca stp. CMP.

V osobnej anamnéze bežné detské ochorenia, infekčná žltáčka typu A v 12 rokoch, posledné roky hypertenzia, CHICHS, hypotyreóza – dispenzarizovaná v endokrinologickej ambulancii, reumatoidná séropozitívna artritída, v minulosti užívala Methotrexat, ktorý bol vysadený pre remisiu reumatoidnej artritídy, pacientka naďalej v sledovaní reumatológa, cholestatická hepatitída po coxiboch (Movalis) 2003, coxartrosis bilat. plánovaná TEP, varixy cruris bilat., stp. tromboflebitis PDK recid., OP: stp. CHCE 1976, stp. op. varixy PDK 1974, stp. curettage v 24 rokoch, U: 0.

Pacientka udáva alergie na Mesocain a Augmentin, po ktorých mala kožný exantém.

V liekovej anamnéze pacientka udáva pravidelné užívanie: Letrox 50 1 × 1/2 tbl., Lokren tbl. 1 × 1, Cilkanol tbl. 2 × 1, Nitroglycerin tbl. p. p.

Gynekologická anamnéza: menopauza v 50 roku, gravidita: 2x, pôrody: 2, Ab: 0, UPT: 0, posledná

Obrázok 1. Lichen striatus v oblasti ľavého predlaktia



gynekologická kontrola pred rokom, gynekologické ťažkosti v súčasnosti neguje.

Pacientka pracuje ako upratovačka.

Ťažkosti, pre ktoré bola pacientka odoslaná na naše oddelenie trvali asi mesiac.

Pacientka udávala náhlý výsev drobných červených papúl v oblasti ľavého stehna, ktoré sa postupne zhlukovali s následnou tvorbou lineárneho pruhu širokého cca 2 cm, ktorý smeroval nadol na ľavú dolnú končatinu. Ďalej sa objavil podobný výsev na ľavej hornej končatine v oblasti ramena, ktorý sa šíril v lineárnom pruhu širokom cca 1 cm až po ľavý ukazovák. Výsev ložísk do konečnej podoby trval cca 2 týždne. Celkové ťažkosti pacientka nemala, svrbenie neudávala.

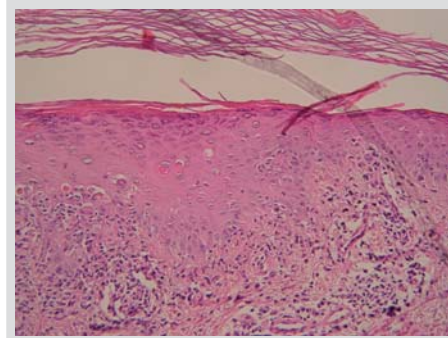
Obrázok 2. Lichen striatus v oblasti ľavej dolnej končatiny



Obrázok 3. Lichen striatus – detail lokálneho nálezu na ľavej dolnej končatine



Obrázok 4. Histologický nález u pacientky (poskytol doc. L. Pock)



Pomocou laboratórnych vyšetrení bola zistená mierna elevácia CRP 11,7, v ELFO zvýšená frakcia alfa 2 globulínov, ľahká hypermaglobulinémia, reumatoidný faktor IgG 24,395 hraničná hodnota, anti ANA IgG pozitívne (pacientka pravidelne sledovaná v reumatologickej amb. pre RA).

Počas hospitalizácie bola realizovaná probatórna excízia z oblasti ľavého predlaktia s následným histologickým vyšetrením: hyperkeratóza, klinovitá hypergranulóza, eosinofilné tónovanie stratum spinosum, cípata akantóza, hydropická degenerácia stratum basale epidermis a pruhovitý infiltrát lymfocytov s prímiesou histiocytov a melanofágov v tesnej apozícii k miestam hydropickej degenerácie. Záver: lichen planus.

Diskusia

LS je pomerne vzácna unilaterálna dermatitída s lineárnym vzorom, neznámej etiológie a benígnym priebehom. Predpokladá sa, že prejavy ochorenia sledujú Blaschkove línie (blaschkoitis) (5). Vyskytuje sa hlavne u detí a adolescentov, najčastejšie vo veku 5–15 rokov, ale môže sa vyskytovať aj u dospelých jedincov. Výskyt u dievčat sa udáva 2–3x častejšie ako u chlapcov (4). Avšak niektorí autori udávajú pomer 1:1 (6). Častejší výskyt je v období 3–5 rokov (medián 2 roky).

Z hľadiska etiológie sa uvažuje o asociácii LS s atopiou (7). Podiel atopie s LS sa javí pomerne častý, v literatúre sa udáva podiel cca 30–45 %. Ďalšou možnou vyvolávajúcou príčinou môže byť vírusová infekcia (8). Výsev LS bol popísaný aj po predchádzajúcej imunizácii u dieťaťa, konkrétne po očkovaní proti osýpkam, mumpsu a rubeole (9).

Klinicky sa prejavuje náhlym solitárnym výsevom drobných lichenoidných papúl červeného zfarbenia či farby kože, hlavne na proximálnych častiach končatín. Papuly majú hladký alebo mierne verukózný povrch a nevykazujú Wickhamov fenomén. Následne papuly splyývajú do súvisleho alebo prerušovaného lineárneho pruhu širokého asi 2–20 mm a dlhého niekoľko centimetrov, ktorý

pokračuje distálnym smerom končatiny. V niektorých prípadoch postihuje celú dĺžku končatiny. Lineárna manifestácia LS upozorňuje na význam nervových vplyvov pretože rozšírenie zodpovedá nervovému segmentu (5).

Lézie sú zvyčajne solitárne a unilaterálne, výnimočne sú bilaterálne alebo multiplicitné prejavy. Výsev LS zvyčajne nie je sprevádzaný subjektívnou symptomatológiou. Niekedy sa môže vyskytovať pruritus. Úplne rozvinuté pásovité kožné ochorenie je charakterizované zápalovým erytémom a rohovatením, takže môže vzniknúť psoriaticformný vzhľad (5). Zisťujú sa aj zmeny v oblasti nechťov typu onychodystrofie. Postihnutie nechty môže výsev LS predchádzať, ale môže sa vyskytovať aj izolovane. Postihnutie nechtovej platničky môže trvať aj niekoľko rokov (10).

Častejšie sú postihnuté končatiny, menej často trup a krk, ale môže sa vyskytovať aj v inej lokalizácii. Taieb (2) udáva výskyt LS v oblasti HKK na 48 %, DKK 19 %, trup 33 %, ďalej popisuje výskyt LS častejšie na ľavej strane tela, hlavne v ľavej časti trupu a ramien. Výskyt LS v oblasti tváre je veľmi zriedkavé.

Lézie LS sa vyvíjajú zvyčajne 2–3 týždne a spontánne ustupujú počas niekoľkých mesiacov, približne 3–12 mesiacov. Niektorí autori udávajú obdobie až 2–3 rokov (6). Najčastejšie k regresii dochádza počas 3–6 mesiacov. Výsev sa zvyčajne stráca od proximálneho konca smerom distálnym, teda smerom ako sa pôvodne objavil. LS môže zanechávať hypopigmentácie, ktoré sa môžu vyskytovať v asi 50 % prípadov (10). Hypopigmentácie môžu predstavovať kozmetický problém, hlavne u tmavších fototypov. Hypopigmentácie majú prechodný charakter. V literatúre boli popísané aj hyperpigmentácie (11). Relapsy LS sa vyskytujú zriedkavo.

Histologicky je LS subakútna dermatitída. Prítomná je akantóza, hyperkeratóza s jednotlivými dyskeratotickými bunkami v oblasti stratum granulosum epidermy, prítomná je aj mierna spongióza.

V hornom kóriu sú rozšírené krvné cievy s perivasculárnym edémom a lymfohistiocytárnym infiltrátom so sklonom k exocytóze (5).

V diferenciálnej diagnostike zvažujeme nasledujúce ochorenia: lichen planus linearis, zápalový lineárny epidermálny névus (ILVEN), naevus verrucosus unius lateris, lineárna psoriáza, lineárna porokeratóza, lineárny lichen nitidus, morbus Darier linearis, menej často lineárna atopická dermatitída, lineárny lupus erythematosus a verrucae planae.

Liečba LS nie je nutná, dôležité je poučenie pacienta o prechodnom charaktere ochorenia. Pri dlhšej perzistencii či z kozmetických príčin sa aplikuje lokálna liečba glukokortikoidmi, výnimočne v oklúzii či intraleziálne na urýchlenie regresie LS. Prognóza LS je priaznivá.

Záver

LS je typický svojim benígnym priebehom. Vzhľadom k veľkosti lokálneho nálezu u pacientky sme na prejavy LS aplikovali lokálne kortikoidy (Dermatop crm). Po aplikácii dochádza k vyblednutiu lineárnych prejavov na končatinách. U pacientky došlo k úplnej regresii LS po 5 mesiacoch od ich pôvodného vzniku. Po odhojení LS zostali minimálne hypopigmentácie. V diferenciálnej diagnostike vzhľadom k histologickému nálezu pripadal do úvahy aj lichen planus linearis. Vyskytuje sa vo forme zonálneho alebo zosteriformného postihnutia. Lichen planus linearis sa prejavuje polygonálnymi papulami, subjektívne svrbením a prolongovaným priebehom. Lokalizovaný je častejšie v oblasti hrudníka a dolných končatín. Po odhojení môže zanechávať hyperpigmentácie, pri LS sa vyskytujú predovšetkým hypopigmentácie.

Lichen striatus nie je bežným nálezom u dospelých jedincov, avšak treba pamätať aj na túto diagnózu v prípade lineárnych dermatitíd.

MUDr. Andrea Hradiská

Kožní oddelení, Uherskohradištská nemocnice a. s.
J. E. Purkyně 365, 686 68 Uherské Hradiště
e-mail: hradiska.andrea@post.sk

Literatúra

1. Senechal FE, Caro MR. Lichen striatus. Arch Dermatol Syph, 1941; 43: 116–133.
2. Taieb A, El Youbi A, Grosshans E, et al. Lichen striatus: a Blaschko linear acquired inflammatory skin eruption (BLAISE). J Am Acad Dermatol, 1991; 25: 637–642.
3. Pock L, Bergerová Y, Jašková E, et al. Lichen striatus. Čes. -slov. Derm, 2004; 70: 205–208.
4. Hurwitz S. Lichen striatus. In: Clinical Pediatric Dermatology. A Textbook of Skin Disorders of Childhood and Adolescence. Second edition. W. B. Saunders Company, 1993: 64–65.
5. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH. Lichen striatus. In: Dermatológia a venerológia. Martin: Osveta, 2001: 537–538.
6. Harper J, Oranje A, Prose N. Lichen striatus. In: Textbook of Pediatric Dermatology. Second edition. Blackwell Science, 2006: 813–819.

7. Toda K, Okamoto H, Horio T. Lichen striatus. Int J Dermatol, 1986; 25: 584–585.
8. Gianotti F, Frugis F. Il lichen striatus. Aspetti clinici ed istologici di nove casi. Giorn Ital Derm 1963; 48: 307–322.
9. Dragoš V, Mervic L, Žgavec B. Lichen striatus in a child after immunization. A case report. Acta Dermatoven APA, 2006; 15: 178–180.
10. Caputo R, Gelmetti C, Annessi G. Lichen striatus. In: Pediatric Dermatology and Dermatopathology. Williams & Wilkins, 1995; 3: 211–213.
11. Hauber K, Rose C, Brocker EB, et al. Lichen striatus: clinical features and follow-up in 12 patients. Eur J Dermatol, 2000; 10: 536–539.