

DERMATITA HERPETIFORMĂ ASOCIATĂ CU ARTRITA REUMATOIDĂ, NODULI TIROIDIENI ȘI ANEMIE FERIPRIVĂ. PREZENTARE DE CAZ.

MARCELA JIFCU*, SPERANȚA MIHAELA PISTOL**, CLAUDIA GEORGESCU***,
E. FL. GEORGESCU****

Craiova

Rezumat

Dermatita herpetiformă (DH) este o boală buloasă autoimună, cronică și intens pruriginoasă, fiind asociată în mod obișnuit cu enteropatie glutenică asimptomatică.

*Unii autori consideră că peste 23% dintre pacienți prezintă manifestări de atopie ("eczema-like"), iar alții găsesc DH ca fiind asociată cu sindroame sau boli autoimune (artrita reumatoidă, afecțiuni tiroidiene, vitiligo, sindrom Sjogren, lupus eritematos sistemic, dermatomiozită), neoplazii (limfom non-Hodgkinian, cancer de intestin subțire), gastrită limfocitară cauzată de infecția cu *helicobacter pylori*, sau cu diabetul zaharat tip I.*

Caz clinic. Femeie cu patologie internă autoimună ce prezintă dermatită herpetiformă cu leziuni "eczema-like" și o stare neobișnuită de anemie feriprivă. Examinând factorii "trigger" individuali, atenția este redirecționată de la fenomenele cutanate spre patologia asociată, folosind studii de imagistică și investigații biologice.

Concluzie. Subliniem importanța consultației interdisciplinare în toate dermatozele cu leziuni polimorfe cronice la pacienții cu istoric medical încărcat.

Cuvinte cheie: dermatita herpetiformă, artrita reumatoidă, noduli tiroidieni, anemie feriprivă.

Summary

*Dermatitis herpetiformis (DH) is a chronic autoimmune blistering disease, being associated with a gluten-sensitive, often asymptomatic, enteropathy. Some authors consider that greater than 23% of patients exhibit atopic disorders ("eczema-like") and some find DH as being associated with syndromes or autoimmune diseases (rheumatoid arthritis, thyroid disorders, vitiligo, Sjogren syndrome, systemic lupus erythematosus, dermatomyositis), neoplasias (non-Hodgkin lymphoma, cancer of the small bowel), lymphocytic gastritis caused by *helicobacter pylori* infection or with type I diabetes.*

Case report. A female patient with autoimmune disease referres to dermatologist with "eczema-like" lesions of dermatitis herpetiformis and an unusual status of iron deficiency anaemia. Going over the individual "trigger" factors removes the focus from the significance of skin lesions to the associated medical pathology, requiring imaging studies and laboratory tests.

Conclusion. We notify the importance of interdisciplinary consultation in all cases of polymorphic skin lesions in relation to the medical history of the patient.

Key words: dermatitis herpetiformis, rheumatoid arthritis, thyroid nodules, iron deficiency anaemia.

DermatoVenerol. (Buc.), 52: 205-208

Introducere

Dermatita herpetiformă este o boală buloasă subepidermică autoimună și genetic determinată, care evoluează cel mai frecvent în asociere cu o

enteropatie glutenică endoscopică, frecvent asimptomatică clinic.

Diagnosticul prezumptiv necesită anamneză corectă și examenul clinic: exantem (pseudo)-polimorf și parestezic având dispoziție simetrică

* Ambulatoriul de specialitate, Spitalul Clinic „Filantropia”, Craiova.

** Clinica Medicală II, Spitalul Clinic „Filantropia”, Craiova.

*** Departamentul de Anatomie Patologică, Spitalul Clinic de Urgență, Craiova.

**** U.M.F. Craiova.

pe zonele de extensie ale membrelor, cu evoluție excentrică în pusee ciclice, ritmate frecvent de consumul de glucide. Erupția poate fi reprodusă în pielea sănătoasă prin testul epicutan Jadassohn; uneori poate fi prezent un pseudo-semn Nicolsky. Mucoasa bucală este rareori implicată. Regiunile palmo-plantare sunt indemne.

Diagnosticul pozitiv este precizat de examenul histopatologic clasic al leziunilor cutanate suspecte și **autenticat** prin studii de imunofluorescență directă a pielii indemne perilezional, ce vizualizează depozite granulare de Ig.A în vârful papilelor dermice cu sau fără C3 în joncțiunea dermo-epidermică. Aprox. 18% dintre pacienți prezintă depozite lineare de Ig.A la nivelul membranei bazale, mult mai rar Imunoglobulinele A sunt dispuse în benzi de-a lungul membranei bazalei. Microscopia electronică indică locul clivajului (la nivelul laminei densă), iar imunofluorescența indirectă arată prezența complexelor imune circulante la 25-35% dintre cazuri (anticorpi anti-reticulină, anti-gliadină etc.), fără să aibă legătură cu severitatea bolii.

Tratamentul nu este standardizat; se pot utiliza doar agenți farmacologici în doze uzuale (dapsona sau sulfapiridina), dietă restrictivă pentru gluten sau, după caz, ambele.

Prezentarea cazului

Pacienta în vârstă de 48 ani din mediul urban, a fost consultată pentru leziuni cutanate eritematoase, moderat pruriginoase, dispuse în plăci la nivelul toracelui superior, umerilor, regiunii nucale și vezicule intens pruriginoase grupate simetric pe fețele de extensie ale membrelor. Elemente lezionale, de tip "prurigo" pe alocuri, prezentau în evoluție cruste și cicatrice cu pigmentații reziduale. (Fig. 1 a, b). Mucoase indemne. Stare generală bună, discrete ascensiuni termice neregulate, fără manifestări digestive de însoțire. Leziunile au debutat cu 16 luni în urma examinării.

Anamnezic: trecut cutanat prurigen în copilărie; eczema dishidrozică palmo-plantară cu ritmicitate sezonieră și asocierea episodică a unei patologii gastro-intestinale; hepatita virală tip A în adolescență; de 10 ani tratament de substituție pentru noduli tiroidieni cu semne clinice de hipotiroidie; artrită reumatoidă de 12 ani, pentru



Fig. 1a. Exantem pseudopolimorf de plăci eritemato-veziculoase, având pe alocuri dispoziție arciformă și prezentând cruste și pigmentații reziduale post-grataj, la nivelul umerilor, zonei nucale, toracelui posterior.



Fig. 1b. Exantem pseudopolimorf de plăci eritemato-veziculoase, având pe alocuri dispoziție arciformă și prezentând cruste și pigmentații reziduale post-grataj, la nivelul umerilor, zonei nucale, toracelui posterior.

care a primit tratament cu antiinflamatoare nesteroidiene, ocazional doze medii de cortizon pe cale sistemică și, a la longue, topice cortizonice.

Patofenomenele cutanate au fost diagnosticate clinic și anatomo-patologic în urma biopsierii marginii unei leziuni cutanate recente de la nivelul umărului stâng. (Fig. 2 a, b). Nu au fost

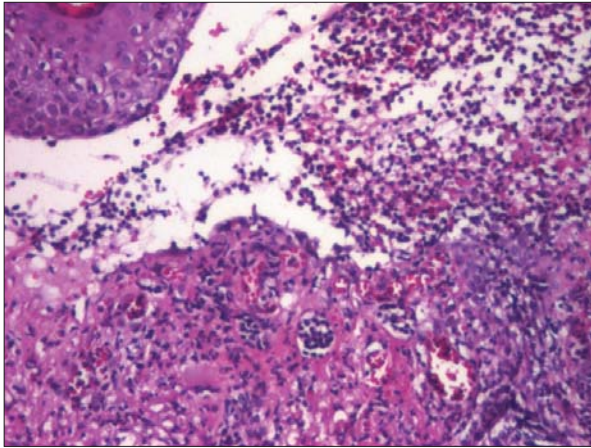


Fig. 2a (col. H.E., Ob. 10x) Aspect histologic cu prezența infiltratului format predominant din neutrofile la nivelul dermului papilar, cu depozite de fibrină și edem. Microabcese papilare ce progresează spre joncțiunea subepidermică cu vacuolizări secundare.

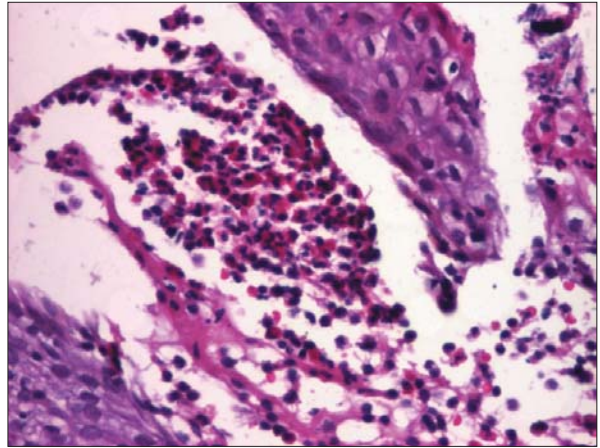


Fig. 2b (col. H.E., Ob.20x.) Aspect histologic cu prezența infiltratului format predominant din neutrofile la nivelul dermului papilar, cu depozite de fibrină și edem. Microabcese papilare ce progresează spre joncțiunea subepidermică cu vacuolizări secundare.

necesare citodiagnosticul Tzanck și/sau studii de imunofluorescență directă.

Pentru realizarea bilanțului de extensie a dermatozei și a patologiei asociate, au fost necesare studii de imagistică: *endoscopii gastro-duodenale repetate* (Fig. 3), *ECHO-grafii* (Fig. 4), *radiografii* (Fig. 5), *EKG*, *investigații biologice: hematologice* (hipocromie, microcitoză, anizocitoză

și poikilocitoză; hiposideremie; hipereozinofilie), *serologice*: modificări ale fracțiunilor lipidelor serice (fără corespondență pe traseele EKG), seropozitivarea factorului reumatoid, dar serologia pentru *H. pylori* și hepatita virală au fost negative; *dozări hormonale* (niveluri crescute ale T4 și crescute ale TSH). Celelalte examinări sanguine de rutină au fost în limite normale.

Tratamentul oral cu salazopirină 1 g pe zi a avut un răspuns lent favorabil; local au fost necesare aplicații de coloranți, antiseptice, mixturi antiprurigene, pomezi epitelizante. Gastrita erozivă și anemia feriprivă, etichetate ca

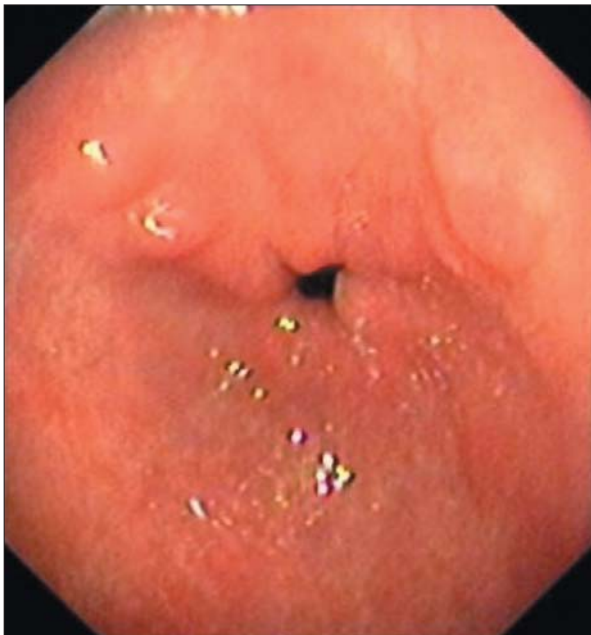


Fig. 3 Endoscopie gastro-duodenală: gastrită erozivă.

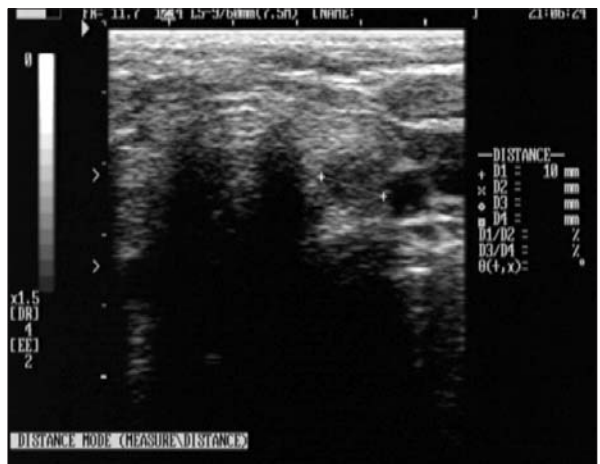


Fig. 4 ECHO-grafie: noduli tiroidieni.



Fig. 5 Radiografie mâini: sinovita proliferativă, eroziuni ale cartilajului articular și deformări ale structurilor de susținere ale extremităților distale ale mâinilor.

fiind urmarea tratamentelor artritei reumatoide, au beneficiat de tratament medical. S-a instituit terapie substitutivă hormonală cu levo-tiroxină sub îngrijirea medicului endocrinolog.

Discuții

Dermatita herpetiformă este o boală cronică a pielii cunoscută în literatura de specialitate ca "boala Duhring", "herpes circinat bulos" sau "hidroa herpetiforma". Polimorfismul leziunilor cutanate, dar și lipsa erupției veziculare caracteristice, fac dificil diagnosticul clinic. Majoritatea autorilor consideră dermatita herpetiformă expresia cutanată a unei enteropatii glutenice, asimptomatică clinic în 90% dintre cazuri. Date din literatura de specialitate internațională susțin prevalența unei gastrite autoimune ("gastrita limfocitară") la pacienții cu dermatită herpetiformă și/sau boala celiacă.

Cazul prezentat de noi nu se încadrează în tiparele obișnuite ale acestei patologii atât prin sex (mai puțin frecventă la femei), prin vârstă (aproape de decada a cincea de viață), dar și prin lipsa enteropatiei și prezența unei gastrite erozive, posibil iatrogenă, (administrarea sistemică a antiinflamatoarelor nesteroidiene și corticosteroizilor). Anemia feriprivă nu se asociază în mod obișnuit cu dermatita herpetiformă. Ea ar putea fi rezultatul gastritei post-medicaționale, malabsorbției, malnutriției (deși proba cu d-xiloză a fost negativă) și chiar urmarea tratamentului etiopatogenic al derma-

titei (3). Patologia endocrină (nodulii tiroidieni cu hipotiroidism secundar) ar putea fi cauzată de o supresie imunitară în cadrul sau urmarea colagenozei (artritei reumatoide) (2, 3).

Răspunsul la salazopirina orală și tratamentele topice a fost cel așteptat.

Concluzii

Viața socială a pacientei noastre ar putea fi afectată de posibilele recidive ale dermatozei, dar și de impactul pe care îl au cele două boli autoimune (artrita reumatoidă și patologia tiroidiană) asupra stării ei de sănătate.

Bibliografie

1. Anthony du Vivier – Dermatology Pocket Picture Book. Blackwell Science Ltd., 2002; 208.
2. Bickle M., K., Roark R., T., Hsu S. – Autoimmune Bullous Dermatoses. A Review American Academy Family Physicians 2002; 65: 1861-70.
3. Conu A. – Corelațiile dintre afecțiunile cutanate și patologia generală. Ed. Medicală, București, 1982; 25-6.
4. Elaine Moore – Dermatitis Herpetiformis. Skin Changes in Celiac, Thyroid, Sjogren's, Arthritis, and More. Dermatologic Disease Database, American Osteopathic College of Dermatology. Online; May, 17, 2007.
5. Irina Turchin B.Sc. et al. – Dermatitis herpetiformis and gluten-free diet. Dermatology Online Journal, 2005, 11 (1): 6 Review.
6. Karpati S. – Dermatitis herpetiformis: close to unravelling a disease. *Journal Dermatol. Sci.* 2004; 34: 83-90.
7. Kosann K. Meredith. – Dermatitis herpetiformis. *Dermatology Online Journal*, 2003, 9(4): 8.
8. Miller L. Jami, M.D., Kristina Collins, B.S., Hunter H. Sams, M.D., Alan Boyd, M.D. – Dermatitis Herpetiformis. *Journal of Investigative Dermatology*, online publication 30 Aug. 2007; 10.1038/ sj.jid.5701041.
9. Popescu E., Ruxandra Ionescu – Compendiu de reumatologie. Ed. Medicală, București, 1993, 88-106.
10. Rona M. Mackie - Clinical Dermatology, Oxford Univ. Press, 1991, 251-5.
11. Sigurgeisson B., B.A. Agnarsson, B. Lindelof – Risk of lymphoma in patients with dermatitis herpetiformis. *BMJ* 1994; 308: 13.
12. Stanford I. Lamberg – Blackwell's Primary Care Essentials Dermatology. Second Edition, 2002, 19, 37-8.