

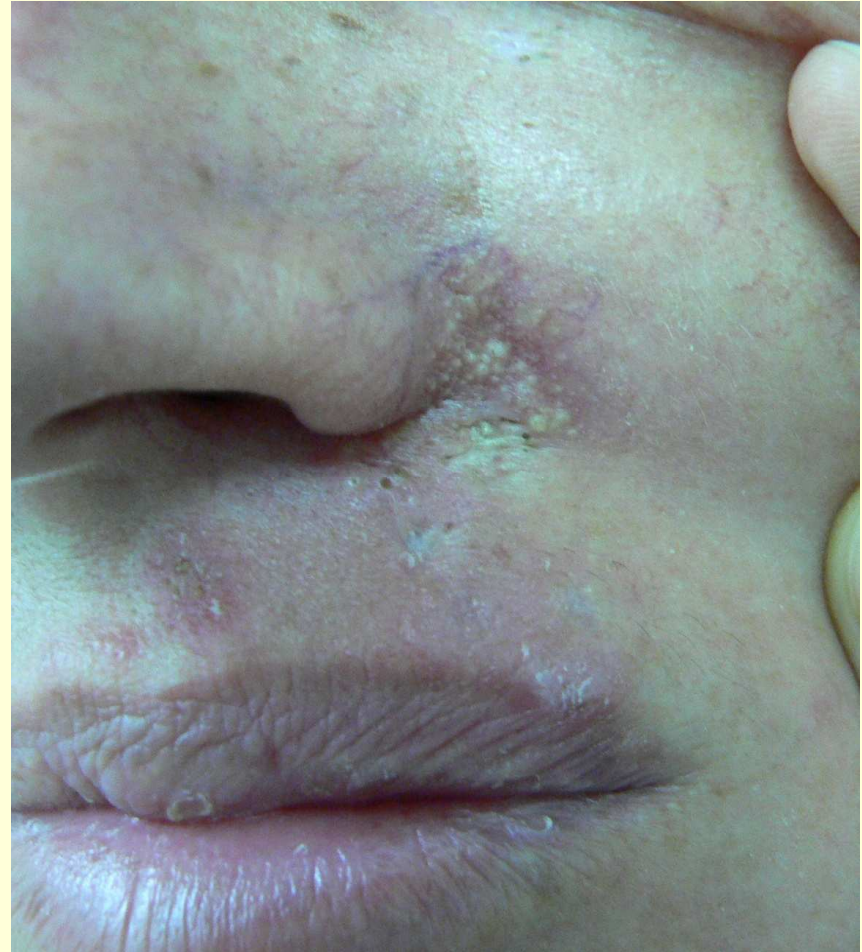
LUPUS ERYTHEMATOSUS COMEDONICUS

И.Иванов, К.Рачева, Е.Филипова, М. Проконова, В. Кузева –
ОДКВЗБС-София град

- Жена на 41 год.
- Оплаква се от появата на няколко добре ограничени, инфилтрирани еритемни плаки по лицето – около устата, по назолабиалните гънки и по гърба на носа, които бавно нарастват в периферията.



- В центъра на плаките се наблюдава депресия и атрофия, а около тях – телангиектазии.
- В плаките се наблюдаваше още фоликуларна хиперкератоза, множество комедони, милиуми и единични кисти.



- Видимите лигавиците, космите и ноктите бяха без промени.
- Пациентката съобщава за влошаване на състоянието след излагане на слънце.
- Няма оплаквания от други органи и системи.
- Не е фамилно обременена.



Изследвания:

- Пълна кръвна картина, биохимия и анализ на урина - без отклонения.
- ANA скрининг – 1.18 - в норма (N=1.00-1.40).
- Анти dsDNA антитела – 34.7U/ml - повишени (N=10-15 U/ml).

Клинична диагноза и диференциална диагноза:

- Lupus erythematosus comedonicus
- Lichen planus actinicus
- Sarcoidosis
- Acne vulgaris
- Rosacea
- Lupus vulgaris
- Psoriasis vulgaris

На базата на клиничните и хистологични данни се постави диагноза

Lupus erythematosus chronicus discoides.

Тъй като по плаките се наблюдаваха множество комедони и милиуми приехме, че се касае за рядката клинична форма на хроничен кожен лупус – Lupus erythematosus comedonicus.

Епидемиологични данни:

- Хроничният кожен лупус се смята, че е 2-3 пъти по-чест от системния, който е с честота от около 17 - 48 / 100 000 души население.*
- 3 – 6 пъти по-чест е при жени.*
- Най-често се появява между 20 и 40 годишна възраст.*
- Комедонният лупус еритематозус е много рядък клиничен вариант на хроничен кожен лупус, за който няма епидемиологични данни.

- Диагнозата Lupus erythematosus comedonicus е предложена от К.Праматаров и сътрудници на няколко международни форума.*
- Те описват случаи на дискоиден лупус при който промените са предимно по себорейните области на лицето, като върху плаките се наблюдават множество комедони.
- Предлагат няколко хипотези за наличието на комедони по дискоидните лезии:
 - след продължително излагане на слънце (подобно на M. Favre-Racouchot)
 - при изразена себорея
 - като израз на много силно проявена фоликуларна хиперкератоза.

*Pramatarov KD, CCLE-clinical spectrum, Clin Derm 2004, 22; 113-120

*Pramatarov, Vassileva, Marina, Multiple comedos in LECD, JEADV 1998; 11 (suppl.2)

- В около 6-10% от пациентите със системен лупус една от първите кожни прояви на болестта може да са типични дискоидни лезии. *
- Освен това, хроничният кожен лупус може (в около 10-15%) да премине в системен, като според някои данни рискът от систематизация е по-висок при генерализираните форми (които са 30% от всички случаи на хроничен кожен лупус).
- Има данни, че бъбречното засягане (протеинурия и хематурия), артралгиите и високите титри на ANA (>или = 1:320) са най-важните фактори показващи наличие на систематизация при хроничен кожен лупус.**

* Burch et al., Acta Derm Venereol 1970;50(4): 293-301

**Ретроспективен анализ на 296 пациента относно маркерите показващи систематизация при LECD, проведен във Берлинския свободен Университет, Берлин, Германия.

- При нашата пациентка ANA скрининга беше в норма, но нивото на анти dsDNA антителата беше повишено при постъпването.
- Според няколко различни публикации обаче, наличието на положителни анти dsDNA антитела, както и наличието на нисък титър на ANA, няма статистическа значимост за повишен риск от систематизация.**
- При нашата пациентка беше направена консултация с нефролог и ревматолог и няма данни за системно засягане. Подлежи на периодично проследяване.

**Ретроспективен анализ на 296 пациента относно маркерите показващи систематизация при LECD, проведен във Берлинския свободен Университет, Берлин, Германия.
и ** AntiDNA antibodies in discoid lupus eryth. A follow-up study. Bresnihan B, Hughes G, 1977.

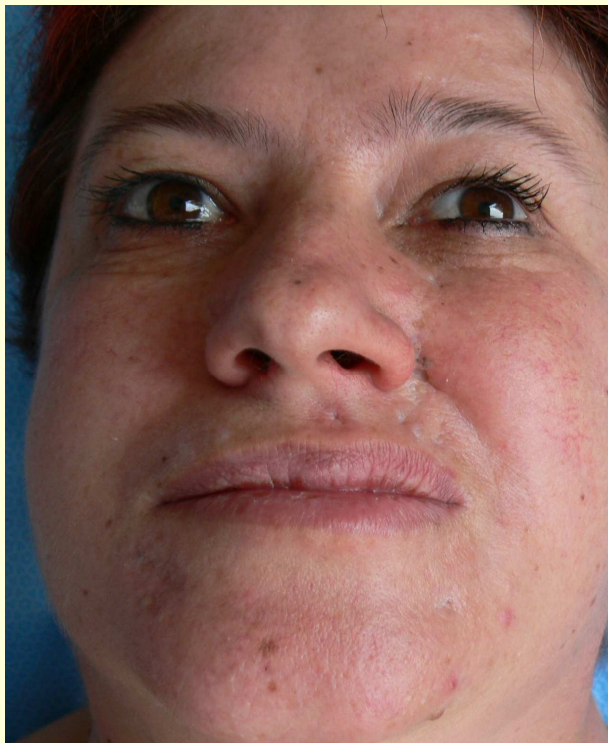
Лечение:

При пациентката беше проведено следното лечение:

- Resochin – 100 табл. по схема.
- Кортикостероиден крем – локално.
- Фотозащитни кремове
- Козметично почистване на комедоните, милиумите и кистичките.

След проведеното лечение бе направено изследване на ANA профил: анти – dsDNA, RNP, Sm, SS-A/Ro, SS-B/La, Scl-70, CENP и Jo-1 антитела. Всички резултати бяха в референтните граници.

Заклучение:



- 1 година след лечението няма рецидив или прояви сочеши систематизация на заболяването.

- След проведеното лечение, пациентката е със значително подобрение, като на мястото на лезиите са останали хлътнали цикатрикси и единични комедони, които предстоят да бъдат почистени.



Библиография:

- Pramatarov KD, Chronic cutaneous Lupus erythematosus – clinical spectrum, Clin Dermatology 2004; 22:113-120.
- Pramatarov K, Vassileva S, Marina S, Multiple comedos in discoid lupus erythematosus, JEADV 1998; 11(suppl.2).
- Tebbe B, Orfanos CE, Epidemiology and socioeconomic impact of skin disease in lupus erythematosus, Lupus 1997; 6(2):96-104.
- Akagi A et al., Discoid lupus erythematosus in a seborrhoeic facial distribution, Br J Dermatol. 1999; 140:560-561.
- Tebbe B, Clinical course and prognosis of cutaneous lupus erythematosus, Clin Dermatol. 2004; 22(2):121-124.
- Bresnihan B, Hughes GR, Anti-DNA antibodies in discoid lupus erythematosus. A follow-up study, Ann Rheum Dis. 1997; 36(5):476-477.
- Tebbe B, Mansmann U, Wollina U, Auer-Grumbach P, Licht-Mbalvohere A, Arensmeier M, Orfanos CE, Markers in cutaneous lupus erythematosus indicating systemic involvement. A multicenter study on 296 patients., Acta Derm Venereol. 1997; 77(4):305-308.
- Deruelle-Khazaal R, Segard M, Cottencin-Charriere AC, Carotte-Lefebvre I, Thomas P, Chronic Lupus erythematosus presenting as acneiform lesions, Ann Dermatol Venereol. 2002; 129(6-7): 883-885.
- Burch et al., Acta Derm Venereol. 1970; 50(4):293-301.
- Kuhn A, Schuppe HC, Ruzicka T, Lehmann P, Rare cutaneous manifestations of lupus erythematosus. A clinical overview., Hautartz. 2000; 51(11): 818-825.