

Rumień guzowaty i wrzodziejące zapalenie jelita grubego – opis przypadku

Erythema nodosum and ulcerative colitis – a case study

JULITA WOŁOWIEC, BARBARA RASZEJA-KOTELBA

Katedra i Klinika Dermatologii Akademii Medycznej w Poznaniu, kierownik Katedry i Kliniki prof. dr hab. Wojciech Silny

This paper reviews the case of returning erythema nodosum of a patient suffering from the ulcerative colitis and struma nodosa toxica. The increase of intestinal disease preceded each regression of skin symptoms.

Key words: ulcerative colitis, erythema nodosum, struma nodosa toxica.

Streszczenie

W pracy przedstawiono przypadek nawracającego rumienia guzowatego u pacjenta chorującego na wrzodziejące zapalenie jelit i wole guzkowe toksyczne. Każdorazowy nawrót zmian skórnych poprzedzony był zaostrzeniem dolegliwości jelitowych.

Słowa kluczowe: wrzodziejące zapalenie jelit, rumień guzowaty, wole guzkowe toksyczne.

(*PDia 2003; XX, 3: 165–168*)

Rumień guzowaty (*erythema nodosum*) jest najczęstszą postacią zapalenia tkanki podskórnej (*panniculitis*) spotykaną w praktyce klinicznej. Opisywane są dwie postaci rumienia guzowatego – ostra, czyli klasyczna i forma przewlekła [1].

Ostra postać występuje najczęściej u młodych kobiet i charakteryzuje się mniej lub bardziej nasilonymi objawami związanymi w postaci bólów głowy, osłabienia i złego samopoczucia. Na podudziach lub czasami na udach i przedramionach powstają skórno-podskórne, bolesne guzy wielkości 1–5 cm, ostro odgraniczone, nieulegające rozpadowi, które w ciągu 3–6 tyg. ulegają wchłonięciu bez pozostawienia blizn. Towarzyszy im najczęściej gorączka i bóle stawów [2].

Przewlekłą formą tego schorzenia jest rumień guzowaty wędrujący. Na przednio-bocznych powierzchniach podudzi pojawiają się niewielkie guzy, które łączą się ze sobą na obwodzie, nie mają skłonności do rozpadowi i mogą wysiewać wielokrotnie w ciągu kilku lat, przy czym objawy ogólne są mniej nasilone [1, 3].

Etiologia choroby jest niejednorodna. Może być powiązana z infekcją bakteryjną, zwłaszcza paciorkowcową, gruźliczą,

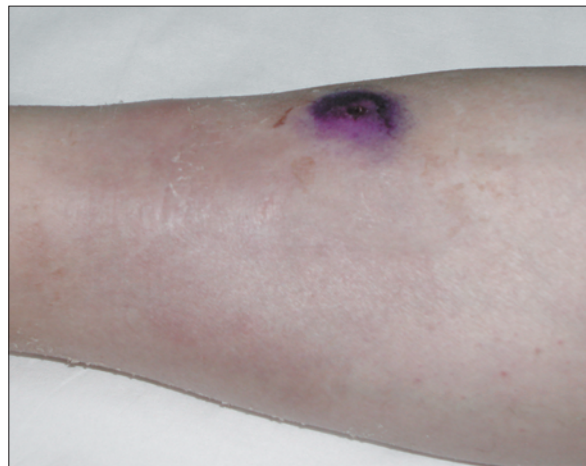
wirusową lub grzybiczą. Rumień guzowaty może towarzyszyć chorobom układowym – sarkoidozie, zespołowi Löfgrena związanemu z sarkoidozą i wnątkową adenopatią, zespołowi Behceta, Sweeta czy *pyostomatitis vegetans* McCarthy [3–6].

Opisano także przypadki rumienia guzowatego spowodowane hormonalnymi środkami antykoncepcyjnymi, salicylanami, sulfonamidami i innymi lekami [2, 3].

Rumień guzowaty w obrazie histopatologicznym charakteryzuje się zapalnymi naciekami wokół obrzękniętych i pogrubiałych łącznotkankowych przegród między zrazikami tłuszczowymi w tkance podskórnej (*septal panniculitis*), a także wokół i w samych ścianach małych naczyń żylnych. Dochodzi do zwłóknienia i tworzenia się nacieków ziarniniakowych zawierających pojedyncze komórki olbrzymie i nabłonkowe, bez serowacenia. W przewlekłej formie tej choroby zmiany naczyniowe i ziarniniakowe są bardziej nasilone [9].

Rumień guzowaty współistnieje także z zapalnymi schorzeniami jelitowymi (*inflammatory bowel disease*), głównie chorobą Crohna oraz wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego [7, 8].

Adres do korespondencji: lek. med. Julita Wołowiec, Katedra i Klinika Dermatologii, Akademia Medyczna, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań



Ryc. 1. Chory, lat 44. Objawy kliniczne rumienia guzowatego na podudziu prawym

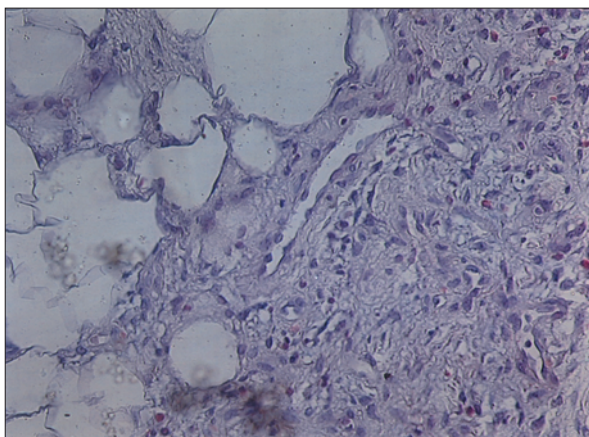
Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (*colitis ulcerosa*) jest przewlekłym schorzeniem odbytnicy lub odbytnicy i okrężnicy o nieznannej etiologii. Na powstanie tej choroby mogą mieć wpływ czynniki immunologiczne, genetyczne, środowiskowe, a nawet psychologiczne [10]. Choroba może mieć przebieg ostry, piorunujący lub przewlekły. Najczęstszymi objawami są biegunka i obecność krwi w stolcu, czasem bóle brzucha, osłabienie, wymioty i gorączka. W przebiegu schorzenia mogą wystąpić powikłania jelitowe (polipowatość jelit, rozdęcie lub perforacja okrężnicy, zapalenie otrzewnej) oraz powikłania pozajelitowe (choroby wątroby, mięśni, oczu) [11].

W pracy przedstawiono chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelit, u którego wielokrotnie występowały mniej lub bardziej nasilone objawy rumienia guzowatego.

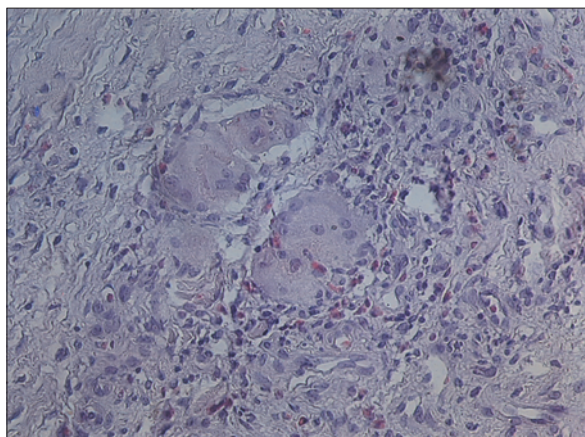
Opis przypadku

Chory, lat 44, hospitalizowany w Klinice Dermatologii z powodu nawrotu rumienia guzowatego w przebiegu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Pierwsze objawy dysfunkcji jelit w postaci okresowych biegunek i nieznacznych dolegliwości bólowych brzucha pojawiły się 4 lata temu, ulegając stopniowemu, powolnemu nasileniu. W tym okresie rozpoznawano u pacjenta *colitis nonspecifica*, stosując leczenie objawowe przeciwbiegunkowe i sulfasalazynę, uzyskując ustępowanie dolegliwości. Po 2 latach wystąpił pierwszy epizod *erythema nodosum*. Bolesne, liczne guzy podskórne pojawiły się symetrycznie na przedniej powierzchni obu podudzi, z towarzyszącym osłabieniem, złym samopoczuciem, zwyżką ciepłoty ciała do 38–39°C, nasiloną artralgią i obrzękami stawów łokciowych, kolanowych i skokowych, a także ponownym wystąpieniem biegunek. Całość procesu chorobowego trwała 6 tyg.; remisję zmian skórnych osiągnięto stosując antybiotykoterapię ogólną i miejscowe leczenie przeciwzapalne. Kolonoskopia oraz badanie histopatologiczne wycinków błony śluzowej jelit potwierdziło kliniczne rozpoznanie *colitis ulcerosa*. Zlecono systematycz-

ne leczenie sulfasalazyną w dawce 3 razy 2 tabl., co spowodowało względną stabilizację procesu chorobowego. Jesienią 2002 r. pacjent zaczął prezentować objawy ogólnego osłabienia, szybkiego męczenia się, zwiększonego napięcia nerwowego oraz kołatania serca. Wystąpiły dolegliwości bólowe ze strony stawów, dolegliwości gastryczne, wzdęcia i pobolewania brzucha. W trakcie badań przeprowadzonych na oddziale wewnętrznym szpitala rejonowego stwierdzono nadczynność tarczycy, a w badaniach podstawowych niedokrwistość z niedoboru żelaza i przyspieszone OB. Celem dalszej diagnostyki przekazano pacjenta do Kliniki Endokrynologii, gdzie na podstawie scyntygrafii, badania USG tarczycy, oznaczenia poziomu hormonów tarczycowych i oceny jodochwytności rozpoznano *struma nodosa toxica*, zlecając Thyrozol i Propranolol. Z powodu zaostrzenia dolegliwości jelitowych włączono Jucolon 3 razy 2 tabl. Ponowne wystąpienie rumienia guzowatego spowodowało przekazanie pacjenta do Kliniki Dermatologii. Przebieg kliniczny tego rzutu choroby był znacznie łagodniejszy. Ostrozapalne, bolesne guzy podskórne średnicy 2–3 cm, bez tendencji do rozpadu wystąpiły na przedniej i przyśrodkowej powierzchni podudzia prawego (ryc. 1.). Rozpoznanie potwierdzono badaniem histopatologicznym głębokiego wycinka ze zmiany guzowatej, które wykazało rozlane nacieki zapalne z udziałem histiocytów, limfocytów i granulocytów oraz komórek olbrzymich w dolnych warstwach skóry właściwej i w tkance podskórnej. Wokół zanikłych zrazików tłuszczowych stwierdzono rozplam fibroblastów (ryc. 2., 3.). W badaniach laboratoryjnych odchyłeń nie odnotowano. Konsultacja laryngologiczna ujawniła utajone ognisko wewnątrzustrojowego zakażenia w postaci *tonsillitis chronica purulenta*. W leczeniu zastosowano antybiotykoterapię ogólną (Biotraxon) i zewnętrznie okłady z 2% ichtiolu. Kontynuowano leczenie *colitis ulcerosa* Jucolonem w dawce 3 razy 2 tabl. oraz nadczynności tarczycy preparatem Thyrozol 3 razy 1 tabl. Uzyskano szybką poprawę stanu dermatologicznego i złagodzenie pozostałych dolegliwości.



Ryc. 2. Chory, lat 44. Obraz histopatologiczny wycinka pobranego ze zmiany guzowatej na podudziu prawym. Widoczny fragment zanikającego zrazika tłuszczowego, a także nacieki zapalne w przegrodach międzyzrazikowych, złożone z histiocytołów, limfocytów, komórek o piankowej cytoplazmie oraz fibroblastów. H + E, pow. 400 razy



Ryc. 3. Chory, lat 44. Obraz histopatologiczny wycinka pobranego ze zmiany guzowatej na podudziu prawym. Komórki olbrzymie wśród komórek zapalnych w przegrodach międzyzrazikowych tkanki podskórnej. H + E, pow. 400 razy

Omówienie

Rumień guzowaty może towarzyszyć wielu chorobom wewnętrznym lub układowym, które często rozpoznaje się dopiero po stwierdzeniu tej dermatozy.

Zapalne schorzenia jelit *colitis ulcerosa* i *morbus Crohn* towarzyszą chorobom skóry w ok. 10% przypadków, z czego 2–3% przypadków dotyczy *pyoderma gangrenosum* [12]. W dalszej kolejności wymienia się *erythema nodosum*; rzadziej wykwyty grudkowo-martwicze, rumieniowe i rumień wielopostaciowy wysiękowy [13].

Rumień guzowaty pojawia się najczęściej równocześnie lub nieco później niż zmiany jelitowe, tylko wyjątkowo jest objawem wstępnym, objawy ze strony przewodu pokarmowego najczęściej wyprzedzają pojawienie się rumienia guzowatego [14].

U prezentowanego przez nas pacjenta każdorazowo wysiewy zmian skórnych poprzedzone były zaostrzeniem dolegliwości jelitowych. Podobną sekwencję zdarzeń obserwowali w praktyce klinicznej inni autorzy [15]. Mogłoby to częściowo tłumaczyć prawdopodobny udział zaburzonej w stosunku do antygenów jelitowych odpowiedzi immunologicznej w patogenezie pozajelitowych zmian związanych z chorobami zapalnymi jelit; przy czym ich wystąpienie związane jest z określoną predyspozycją genetyczną [14]. Zmiany skórne w przebiegu chorób zapalnych jelit dobrze odpowiadają na leczenie choroby podstawowej.

Leczenie chorób jelitowych poprawia, a nawet prowadzi do ustąpienia objawów rumienia guzowatego. Lekami najczęściej stosowanymi jest sulfasalazyna lub kortykosteroidy i jukolon, w dawkach modyfikowanych w zależności od stanu jelit. W niektórych przypadkach konieczne jest leczenie chirurgiczne, ale powinno ono być podejmowane z rozwagą, gdyż nawet po proktokolektomii zmiany wrzodziejące mogą pojawić się ponownie w innych odcinkach jelita.

Zabiegi chirurgiczne konieczne są w stanach zwężenia lub innych powikłaniach jelitowych, natomiast nie powinny być wykonywane tylko w celu likwidacji zaburzeń pozajelitowych [16].

W dostępnej literaturze brak publikacji na temat możliwości współistnienia rumienia guzowatego z nadczynnością tarczycy. Istnieją natomiast doniesienia o współistnieniu tej dermatozy z takimi chorobami wewnętrznymi, jak choroby układowe o podłożu autoimmunologicznym np. SLE, choroba Behceta, zespół Sweeta, nowotwory, szczególnie rozrosty limforetikularne, *pyostomatitis McCarty*, zespół Löfgrena, a także borelioza, gruźlica, zakażenia chlamydiami, *Yersinia enterocolitica*, infekcje paciorkowcowe; wirusowe, głównie HSV, CMV, EBV; grzybice głębokie, np. histoplazmoza, a także toksoplazmoza i infestacje pasożytnicze przewodu pokarmowego [3].

Piśmiennictwo

1. Lebowohl M: Difficult diagnoses in dermatology. Lebowohl M. (red.), Churchill Livingstone.
2. Jabłońska S, Chorzeński T: Rumienie. W: Choroby skóry. S. Jabłońska (red.) PZWL, Warszawa 1980, 200-2.
3. Braun Falco O, Plewig G, Wolff HH, Winkelmann RK: Dermatology. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 1991, 413-4.
4. Benton EC, Rutherford D, Hunter JA: Sweet s yndrome and pyoderma gangrenosum associated with ulcerative colitis. Acta Derm Venereol (Stockh), 1985, 65: 77-80.
5. Travis S, Innes N, Davies MG, et al.: Sweet s syndrome an unusual cutaneous freature of Crohn s disease or ulcerative colitis. The South West Gastroenterology Group. Eur J Gastroenterol Hepatol, 1997, 9: 715-20.
6. Storwick GS, Prichoda MB, Fulton RJ: Pyodermatitis-pyostomatitis vegetans: a specific marker for inflamatory bowel disease. J Am Acad Dermatol, 1994, 31: 336-41.
7. Basler RS: Ulcerative colitis and the skin. Med Clin North Am, 1980, 64: 941-54.

8. Novick OA, Traisman HS: Erythema nodosum as a manifestation of ulcerative colitis. *JMJ*, 1968, 133: 173-6.
9. Jabłońska S, Chorzelski T: Histopatologia skóry. PZWL, Warszawa 1965, 89-91.
10. Frisch M, Johanson C: Anal carcinoma in inflammatory bowel disease. *Br J Cancer*, 2000, 83: 89-90.
11. Bartnik W: Wrzodziejące zapalenie jelita grubego. W: *Gastroenterologia kliniczna*. S. Konturek (red.). PZWL, Warszawa 1987, 421-60.
12. Hickman K, Lazarus GS: Pyoderma gangrenosum: *Br J Dermatol*, 1980, 102: 235-7.
13. Johnson ML, Wilson HTH: Skin lesions in ulcerative colitis. *Gut*, 1969, 10: 255-63.
14. Haim S, Friedman-Birnbaum R, Alroy C: Cutaneous manifestations presenting prodromal symptoms of ulcerative colitis. *AM J Gastroenterol*, 1971, 56: 157-61.
15. Wojas-Pelec A, Wielowiejska-Szybińska D, Setkowicz M i wsp.: Wrzodziejące zapalenie jelit z towarzyszącymi zmianami skórnymi – opis przypadków. *Przeegl Dermatol*, 2002, 89, 1: 63-68.
16. Lamers CB: Treatment of extraintestinal complications of ulcerative colitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 1997, 9, 9: 850-3.