

Granuloma anulare cutan és subcutan tünetekkel

Granuloma annulare with cutaneous and subcutaneous symptoms

Harangi Ferenc dr., Fathi Khaled dr.

Tolna Megyei Balassa János Kórház Gyermekosztály,
Szekszárd (igazgató: Németh Csaba dr.)

E-posta: harangi.ferenc@tmkorhaz.hu

Bevezetés

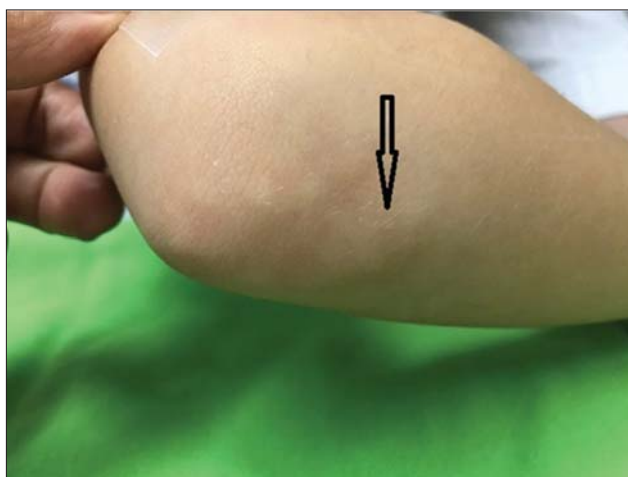
A granuloma anulare (GA) a bőr és a bőr alatti szövetek benignus, spontán regrediáló granulomatosus megbetegedése. Solitaer, generalizált, perforáló és subcutan megjelenési formája ismeretes (1). A GA leggyakrabban sima felszínű, rózsaszínű papula kialakulásával kezdődik, fokozatosan 5 mm-től több cm átmérőjű anularis plakká fejlődik, a szélen sánc-szerű kiemelkedés, középen normalizálódás figyelhető meg. A subcutan GA 2–5 mm nagyságú bőr alatti, nem fájdalmas nodulus formájában jelenik meg, általában a csontos régiók felett, pl. a lábháton, kézháton, ujjakon, a lábszár és az alkar feszítőfelszínén, a hajas fejbőrön, ritkábban a penisen (2). A subcutan léziók szubjektív panasz nélküli kemény tapintatú, mobilis csomók, melyek csak szövettani vizsgálattal azonosíthatók, hacsak nem a klasszikus cutan GA léziókkal egy időben észlelhetők (3).

Esetismertetés

A 4 éves kislány mindkét lábhátán és boka táján 4–6 cm átmérőjű livid plakk volt észlelhető, a széli részen hyperaemiás sáncszerű kiemelkedéssel, szubjektív panaszok nélkül (1. ábra). Az érintett területekben és a jobb olecranon alatt, a subcutisban csoportos elrendeződésben több, 2–4 mm átmérőjű kemény tapintatú nodulus helyezkedett el (2. ábra). A szülő elmondása szerint a léziók 1,5–2 év alatt fokozatosan növekedve alakultak ki, ez idő alatt a kisgyermeket trauma nem érte, egyéb megbetegedésre utaló klinikai tünete nem volt, védőoltást nem kapott. Dermatomycosis gyanúja miatt lokális antimikotikus kezelést folytattak, de javulást nem tapasztaltak. Gyermekbőrgyógyászati rendelésben a klinikai kép alapján cutan és subcutan granuloma anulare diagnózist valószínűsítettünk, és részben a pontos diagnózis megállapítása érdekében, részben terápiás céllal biopsziát végeztünk. A bőr szövettani vizsgálata során a dermisben és a subcutisban interstitialis jellegű CD68-pozitív macrophag infiltrátum és elszórtan granulomatosus reakció, necrobiosis volt megfigyelhető, degenerált kollagén állománnyal, mucin depositióval. A reticularis dermis és subcutis területében a nagyobb méretű necrobioticus nodulusok reumatoid nodulusra emlékeztetőek, a reaktív fibroblasztos környezetben több eosinophil



1. ábra: Mindkét oldalon, a lábháton és a bokátájon livid plakk, a széli részen hyperaemiás, sáncszerű kiemelkedéssel, a subcutisban mobilis, kemény tapintatú nodulusokkal



2. ábra: A jobb olecranon alatt a subcutisban több, 2–4 mm átmérőjű, mobilis, kemény tapintatú nodulus



granulocytá is megfigyelhető. A morfológiai kép alapján a folyamat granuloma anulare cutan és subcutan variánsának felel meg. A biopszia elvégzése után 2 héten belül az exanthemák és a subcutan nodulusok regresszióját tapasztaltuk (reverz Köbner-jelenség). A laboratóriumi vizsgálatok negatív eredményt adtak, diabetes, pajzsmirigybetegség, dyslipidaemia és malignitás kizárható volt.

Granuloma anulare

A GA ismeretlen okú megbetegedés, egyes tanulmányok diabetes mellitusszal, dyslipidaemiával, tetanus és BCG vakcinációval, hepatitis-B- és

Borrelia-infekcióval, malignitásokkal (leukaemia, Hodgkin-kór) összefüggésben említik (4). Differenciáldiagnosztikai szempontból dermatomycosis, rheumás csomó, trauma és tumor lehetősége mérlegelendő. A GA léziói rendszerint hónapokig vagy évekig tartó fennállás után, maradványtünet nélkül, spontán regrediálnak, de bőrbiopsziát követően gyakran gyors visszafejlődés következik be (reverz Köbner-jelenség). A GA kezelése lokális kortikoszteroid kenőcsös kezeléssel, krioterápiával, orális antimaláriás készítményekkel eredményes lehet (4, 5). Bár a GA recidívára hajlamos megbetegedés, mégis érdemes hangsúlyozni, hogy agresszív gyógyszeres kezelés (pl. isotretinoin, prednisonon, dapsion, cyclosporin) nem indokolt.

Irodalom

1. Paller AS, Mancini AJ: Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology. 5th ed, Elsevier, Toronto, 2016; pp.218.
2. Fathi K, Harangi F, Kravjak A, Pintér A: Subcutan granuloma annulare of the penis associated with an urethral anomaly: case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol* 2014; 31:e100-e103.
3. Letts M, Carpenter B, Soucy P, Davidson D: Subcutaneous granuloma annulare of the extremities in children. *Can J Surg* 2000; 43:425-430.
4. Piette EW, Rosenbach M: Granuloma annulare. Pathogenesis, disease associations and triggers, and therapeutic options. *J Am Acad Dermatol* 2016; 75:467-479.
5. Grewal SK, Rubin C, Rosenbach M: Antimalarial therapy for granuloma annulare: results of a retrospective analysis. *J Am Acad Dermatol* 2017; 76:765-767. *Research Letter*

Útravaló tudnivaló

- A GA leggyakrabban rózsaszínű papulák vagy anularis livid plakkok (a széli részen hyperaemiás, sáncszerűen kiemelkedő), és/vagy a csontos régiók felett kemény tapintatú, mobilis subcutan nodulusok formájában manifesztálódik.
- A GA léziói spontán regrediálnak, agresszív gyógyszeres kezelést nem igényelnek.

Tesztkérdések

1. Mi a granuloma anulare?

- a) csecsemők urticariform exanthemával járó megbetegedése
- b) a bőr és a bőr alatti szövetek benignus, spontán regrediáló, granulomatosis megbetegedése
- c) a végtagok feszítő felszínén a subcutisban megjelenő fájdalmas csomók, melyek felett a bőr livid-hyperaemiás
- d) trauma következtében kialakuló papulák, plakkok vagy fájdalmas subcutan csomók

2. Milyen terápia nem javasolt granuloma anulare esetén?

- a) lokális kortikoszteroid kenőcsös kezelés
- b) krioterápia
- c) orálisan antimaláriás szerek
- d) agresszív szisztémás immunszuppresszív szerek

Az egyszerű választásos tesztekre a megoldást a társaság honlapján kérjük megjelölni: www.gyermekorvostarsasag.hu. A legjobb megoldó 100 ezer Ft jutalomban részesül! Kreditpont a tesztek jól megoldóknak!