

ECZEMA NUMULARĂ – FORMĂ CLINICĂ ATIPICĂ DE DERMATITĂ ATOPICĂ

S.H. MORARIU¹, Maria ROTARU², Violeta MORARIU³, G. S. ȚIPLICĂ⁴

1 - Clinica de Dermatologie UMF Tg Mureș, 2 - Clinica de Dermatologie UMF Sibiu, 3 - Spitalul Clinic Județean de Urgență Mureș
4 - Clinica de Dermatologie II - Spitalul Colentina, UMF, Carol Davila” București

Rezumat

Dermatita atopică este o dermatită cronică, recidivantă și pruriginoasă, care de obicei apare la persoane cu o antecedente personale și familiale de atopie. Eczema numulară (dermatita numulară) este o dermatoză idiopatică evidențiată prin aspect nummular al caracterului exudativ până la uscat al dermatitei.

Cuvinte cheie: Dermatita atopică, eczema numulară, forme clinice atipice ale dermatită atopică

Summary. Nummular eczem – atopic manifestation’ atypical manifestation . Atopic dermatitis is a chronic, relapsing, pruritic dermatitis, which usually occurs on people with a personal or familialy history of atopy. Nummular eczema (nummular dermatitis) is an idiopathic disease distinguished by the coin-shaped configuration of exudative to dry patches of dermatitis.

Key words: Atopic dermatitis, nummular eczema, atopic dermatitis’ atypical manifestations

Dermatita Atopică (DA), o inflamație caracteristică cutanată, cu evoluție cronică și recidivantă, condiționată de existența la indivizi a antecedentelor personale și familiale de atopie, reprezintă o componentă a sindromului atopic, fără a avea un marker biologic specific, ceea ce îngreunează recunoașterea și diagnosticarea afecțiunii. Manifestările clinice sunt extrem de variate atât ca aspect cât și ca localizare. Cele recunoscute ca forme tipice de boală respectiv DA atopică infantilă, juvenilă, a adolescentului și cea a adultului sunt de multe oriacompaniate de leziuni mai puțin specifice, care pot uneori constitui singura manifestare a bolii.

Dermatita atopică (Foto nr. 1) rămâne, încă, în ciuda progreselor înregistrate, *fără loc* printre multitudinea de afecțiuni dermatologice. Prin frecvența relativ mare, între 7% -14%, evoluția cronică și multitudinea de aspecte și forme clinice pe care le îmbracă, DA continuă să suscite interesul atât a specialiștilor – dermatologi, pediatrii, alergologi, cât și a medicilor de familie.



Figura nr. 1 Dermatita atopică infantilă

Prima descriere a Dermatitei Atopice (DA) se pierde în negura vremurilor și aparține, probabil, lui Suetonius, care a prezentat suferința împăratului Augustin și a altor membrii ai familiei Iulio-Claudiene. Termenul de eczemă a fost utilizat, probabil, pentru prima dată de Actius din Amida în 543 e.n. (1).

Cartea de pediatrie a lui Bagellardo (1472) conține prima descriere a dermatitei atopice și a tratamentului ei (2).

Sub denumirea de “Prurigo diatezic” Besnier, în 1892, prezintă prima descriere detaliată a DA ca fiind o “dermatoză eczemato-lichenoidă” cronică, cu evoluție în puseuri succesive, al cărui prim și fundamental simptom era pruritul, dermatoză condiționată ereditar.

În 1912 Sabouraud, un vechi discipol al lui Besnier, propune împreună cu Rasch o delimitare și separare mai netă a acestui sindrom morbid de Prurigo Hebra, fapt ce nu fusese propus de Besnier. Sub denumirea de “prurigo-astm” Sabouraud a lăsat o magistrală descriere a tabloului clinic al bolii la copii și adulți, ce anticipează deja pe aceea a lui Sulzberger și Hill, cuprinzătoare și clasică pentru noi astăzi.

În 1923, printr-o extindere a conceptului lui Pirquet despre alergie, Coca A.F. și Cooke R.A. au introdus termenul de “atopie”, pentru a descrie un grup de boli “lipsite de loc”. DA rămâne și astăzi fără localizare “without place” printre dermatoze, fiind neclasificabilă într-o oricare altă categorie. În concepția lor, bolnavul atopic era acea persoană care: “moștenea sau putea transmite ereditar predispoziția de a face boli alergice, și de a avea în ser anumiți anticorpi caracteristici denumiți reagine, care se fixau în piele” – fiind meritul soților Ishizaka, al lui Bennich și al lui Johansson, care

după un sfert de veac de cercetări au făcut dovada că aceste reacții nu sunt altceva decât IgE (6).

Termenul de "Dermatită Atopică" a fost introdus în 1936 de către Coca și Sulzberger, care au orientat cercetările și discuțiile ulterioare în sensul aprofundării patogeniei bolii (4).

Astăzi, deși patogeniza sa exactă rămâne încă o enigmă, DA este privită ca o reacție anormală a sistemului imunitar cutanat la o serie de stimuli.

Spre deosebire de majoritatea dermatozelor, DA nu are leziuni cutanate primare, dar este identificată printr-o constelație de semne clinice care au fost descrise în detaliu. Dintre aceste semne predomină: pruritul extrem de sever, ce determină grataj în timpul zilei și în timpul nopții.

Majoritatea leziunilor cutanate sunt secundare gratajului consecvent și al escoriațiilor, precum și al frecărilor cronice. Acestea cauzează o îngroșare a epidermului cunoscută sub denumirea de lichenificare cu localizare tipică pe suprafața extensoare în mica copilărie și devine flexurală la copii și adulți (7).

Faza infantilă este în plus caracterizată prin zemuire, leziuni exsudative, în special pe față și pe extremități. Acest aspect eczematos la copii, duce la folosirea termenului de "eczemă" sau "eczemă infantilă" sau "eczemă atopică" sau la termenul greșit de "eczemă alergică". Termenul de eczemă provine de la greci, însemnând "a revărsa, a izbucni, a da foc". Eczema indică o dermatită zemuindă de orice cauză.

Utilizarea termenului de "eczemă" pentru descrierea DA nu constituie unica utilizare necorespunzătoare, dar omițând uscăciunea, lichenificarea sau dermatita scuamoasă mai caracteristice fazei adolescente și adulte, acesta se utilizează frecvent.

Terminologia DA rămâne controversată, Sulzberger și Wise, poate la sugestia lui Walser, introduc termenul pentru a cuprinde ambele forme, de la ud - dermatita eczematosă, până la uscat - dermatita lichenificată. Mulți dermatologi nu sunt de acord cu accentuarea nepotrivită, spun ei de atopie, cu conotațiile ei alergice (1).

O problemă clinică deosebită este aceea a formelor atipice de DA a adolescentului și a adultului, care se pot confunda cu alte afecțiuni dacă bolnavul nu este studiat anamnestic personal și familial. Bazex și colaboratorii vorbesc de forme atipice "indiscutabile" ale DA la unii bolnavi cu placarde eczemato-licheniene flexurale simetrice, care prezintă concomitent, la distanță, erupții mai puțin tipice ca localizare și aspect pe fața dorsală a mâinilor, pe gambe, pe antebrățe, numulare (4).

În așa zisele forme atipice "discutabile" ale DA, acești autori încadrează echivalențele cutanate ale

acestei dermatoze, cu localizări și aspect atipic, la bolnavi care au un istoric personal și familial atopic, frecvența acestor manifestări atinge după unii autori 41% din totalul cazurilor de DA (5).

Prezentare de caz

Prezentăm cazul pacientului S.M., 12 ani, din mediul urban ce prezintă de la vârsta de 4 ani o erupție eritemato-scuamoasă, cu tegument discret îngroșat, bilateral simetrică, la nivel subpatelar (zona ligamentului patelar) (Foto nr. 2) și la nivelul maleolei externe (Foto nr.3), intens pruriginoasă. Eritemul are margini bine delimitate, fiind acoperit de scuame pe întreaga suprafață, subțiri, ușor detașabile, cu eroziuni secundare gratajului. Pruritul violent, condiționat de stres și variate trofoalergene, determină grataj puternic cu eroziuni secundare și exudație intensă. Se constată o amendare accentuată a pruritelui postexudație. Evoluția este cronică, de 8 ani de zile, cu ameliorări semnificative în cursul sezonului cald și al curelor heliomarine. Erupția fiind fixă, rămânând antonată la nivelul localizărilor inițiale. Pacientul prezintă generalizat tegument uscat, xerotic, prurit la contactul cu îmbrăcămintea sintetică, de lână și în cursul transpirației. La nivelul coapselor și al brațelor prezintă o keratoză pilară accentuată. În antecedentele personale am evidențiat prezența unei pseudodiaree exudativă în prima perioadă a vieții, o hiperreactivitate bronșică evidențiată prin expuneri bruște la temperaturi scăzute și la contactul cu fumul de țigară și vapori de alcool. De asemenea a prezentat enurezis nocturn până la vârsta de 9 ani precum și frecvente episoade de otită acută și amigdalită acută. Dintre examinările paraclinice am remarcat valori crescute ale IgE = 340UI/ml ($N \leq 200$ UI/ml). Din antecedentele eredo-colaterale am reținut prezența a dermatitei atopice la mamă și bunicul matern și a neurodermitei și a migrenei la tată.



Figura nr. 2 Eczema numulară – Formă atipică de DA



Figura nr. 3 Eczema numulară –
Formă atipică de DA

S-a înregistrat o ameliorare semnificativă a leziunilor în urma utilizării dermocorticoizilor și a unei hidratări accentuate combinat cu un regim igeno-dietetic de excudere a trofoalergenerol și în special a conservanților și coloranților alimentari. Urmărirea pe o perioadă mai lungă de timp, 10 ani, a pacientului a evidențiat remisia completă a leziunilor cutanate descrise anterior la vârsta de 15 ani. După o perioadă de 6 ani a debutat rinita atopică în urma expunerii la pneumalergene. La vârsta de 25 de ani a debutat o erupție eritemato-scuamoasă, uscată, la nivelul mâinilor (Foto nr. 4).



Figura nr. 4 DA a mâinilor

Pe baza aspectului clinic, prezenței a 3 criterii majore și 8 criterii minore (potrivit lui Hanifin și Rajka) și a evoluției am stabilit diagnosticul de Eczemă Numulară ca formă atipică, discutabilă de DA.

Discutii

Forme tipice și atipice

Variază în funcție de vârstă. Majoritatea autorilor recunosc existența fenomenelor clinice tipice și a celor atipice:

Forme tipice

- a) dermatita atopică precoce / infantilă;
- b) dermatita atopică juvenilă;

c) dermatita atopică a adultului.

Forme atipice

- a) indiscutabile;
- b) discutabile

O problemă clinică deosebită este aceea a formelor atipice de DA a adolescentului și a adultului, care se pot confunda cu alte afecțiuni dacă bolnavul nu este studiat anamnestic personal și familial. Bazex și colaboratorii vorbesc de forme atipice “indiscutabile” ale DA la unii bolnavi cu placarde eczemato-licheniene flexurale simetrice, care prezintă concomitent, la distanță, erupții mai puțin tipice ca localizare și aspect pe fața dorsală a mâinilor, pe gambe, pe antebrățe, numulare (5).

În așa zisele forme atipice “discutabile” ale DA, acești autori încadrează echivalențele cutanate ale acestei dermatoze, cu localizări și aspect atipic, la bolnavi care au un istoric personal și familial atopic, frecvența acestor manifestări atinge după unii autori 41% din totalul cazurilor de DA (5). Formele particulare de DA sunt reprezentate de: DA a scalpului, DA a pavilionului urechii, DA a buzelor, Pulpita fisurată, DA a mâinilor, Dishidroza, DA plantară juvenilă, DA hibernală a piciorului, Eczema mamelonară, pitiriazis alba faciei, Eczema foliculară, Neurodermita circumscrișă, Eczema cu localizare perifoicilară și Eczema numulară.

Eczema numulară se caracterizează prin prezența de numeroase plăci eritematoase rotunde sau ovalare, bine delimitate, izolate, cu diametru de 1 până la mai mulți centimetri, situate cu predilecție pe membre. Zemuinde sau uscate, aceste plăci sunt foarte pruriginoase, evoluând cu o cronicitate dezesperantă (11).

Criterii de diagnostic ale dermatitei atopice: În DA nu există un marker biologic specific, ceea ce îngreunează foarte mult diagnosticul. DA este de obicei evidentă - în special la copii; dar în unele cazuri de DA un semn poate lipsi - cum ar fi distribuția tipică a erupției sau creșterea nivelului IgE, ceea ce face necesară elaborarea altor criterii ce permit un confort de diagnostic. În 1980 Hanifin și Rajka au încercat să clarifice această entitate definind 4 criterii majore și 23 de criterii minore. Pentru a susține diagnosticul de DA este nevoie de prezența concomitentă a 3 criterii majore și a 3 criterii minore (8).

În 1994 Rudzky a precizat frecvența acestor criterii, efectuând un studiu pe 481 de pacienți cu DA. Datele obținute de el sunt trecute în paranteze (10).

A. Criterii majore

1. pruritul 100%
2. distribuția tipică a leziunilor (91,7%) - lichenificarea în pliuri la copiii mari, tineri și

- adulți și atingeri faciale la copiii mici și nou născuți
- 3. evoluția cronică sau recidivantă (100%)
- 4. antecedente personale sau familiale de atopie (80,1%): alergii respiratorie în antecedentele personale (50%), atopie în antecedentele familiale (70%)

Patru criterii majore sunt prezente în 71,1% din cazuri, iar doar trei sunt prezente în 28,3% din cazuri.

B. Criterii minore

1. Expresii particulare ale dermatitei

Simptome obiective:

- a) xeroza (85,2%)
- b) ihtioza, keratoza pilară (52,8%)
- c) dermatita plantelor și mâinilor (81,9%)
- d) eczema mamelonului (23,1%)
- e) pliul gâtului (75,3%)
- f) pitiriazisul alb (20,8%)
- g) cheilite (86,9%)
- h) agravări perifoliculare
- i) agravări ale leziunilor sub influența factorilor de mediu și al emoțiilor (68,3%)

Simptome subiective:

- a) prurit în transpirație (77,6%)
- b) intoleranța la lână și solvenți de lipide (71,3%)

Debut: debutul precoce, înainte de 5 ani (82,5%)

2. Anomalii imunologice

Mediate de IgE:

- a) teste cutanate imediate pozitive (80%)
- c) creșteri ale IgE totale (65,7%)
- d) intoleranțe alimentare (74,4%)

Alte anomalii: tendința la infecții cutanate (65,3%)

3. Anomalii funcționale

- a) paloare facială și/sau eritem facial
- b) dermografism alb (84,2%)-semn frecvent dar nespecific
- 4. Anomalii oculare și ale pielii periorbitare
 - a) pigmentații periorbitare (53,4%)
 - b) pliul lui Dennie-Morgan (78%)
 - c) conjunctivite recidivante (24,5%)
 - d) keratoconjunctivite
 - e) cataractă anterioară subcapsulară (14,3%) - survine în cea de-a 2-a decadă de viață

Grupul Britanic de studiu al DA a propus și el câteva criterii de diagnostic al DA, mai simplu decât cele elaborate de Hanifin și Rajka (1980).

A. Criterii majore:

Afecțiune cutanată pruriginoasă

B. Criterii minore

- 1. istoric de leziuni flexurale (plica cotului, regiunea poplitee, regiunea perimaleolară, laterocervicală)

- 2. istoric personal de astm bronșic sau febră de fân
- 3. istoric de tegumente xerotice în ultimul an
- 4. dermatită flexurală vizibilă (pentru copii sub 4 ani, dermatită care afectează obraji și fruntea)
- 5. debut sub vârsta de 2 ani

Cazul prezentat de noi întrunește criteriile de diagnostic ale lui Hanifin și Rajka, fiind prezente 3 criterii majore și 8 criterii minore. Și datorită faptului că leziunile nu însoțesc leziuni tipice de DA considerăm cazul ca o DA atipică discutabilă.

Localizarea dermatitei atopice: Distribuția și chiar aspectul leziunilor variază în raport cu vârsta.

La copii mici se localizează cu predilecție la nivelul extremității cefalice - în special pe zonele convexe ale feței: frunte, obraji, menton, crușând nasul și regiunea peribucală. De asemenea pot fi afectate extremitățile tot la nivelul zonelor convexe, extensoare.

La copii mari, adolescenți și adulți, localizările de predilecție sunt predominant zonele concave - pliurile cotului, regiunea poplitee, pliul subfesier, regiunea retroauriculară, marginile laterale ale gâtului și gâtul piciorului, în general zonele de flexie ale membrelor. Mai rar sunt prinse regiunea axilară și inghinală, zone de maximă secreție sudorală. La vârsta școlară nu rareori sunt afectate dosul mâinilor.

Evoluție

Severitatea bolii nu pare legată îndeaproape de incidența mai ridicată în plan familial. Formele severe de DA prezintă mai frecvent manifestări asociate, fie din grupul atopiei-astm, rinită spasmodică, urticarie, fie sub forma altor defecte ereditare-cataractă, dezlipiri de retină.

Persistența bolii și agravarea ei sunt influențate de factorii climatici-frig și alte modificări climatice, apoi de persistența și retenția de sudoare și nu în ultimul rând de factorii favorizanți și agravanți (4). Înregistrăm astfel o ciclicitate anuală cu ameliorări semnificative în sezonul cald și exacerbări în sezonul rece.

În ce privește durata bolii, există tendința ca evoluția DA să se îmbunătățească odată cu vârsta, 2/3 din copiii mici cu DA pierd manifestările supărătoare sub tratament, până la vârsta de 5 ani. Totuși și la acești indivizi se vor menține cel puțin câteva stigmatice ale bolii. La pacienții cu DA în antecedente la vârstă mică, poate apare dermatita mâinilor, odată cu începutul activităților casnice. Dermatologii care urmăresc în special adulții, observă o mai mare persistență a acestei boli. Roth

și Kierland menționează o durată medie de 27 de ani în formele blânde și de 32 de ani în formele severe.

Mulți pacienți cu DA vor dezvolta astm bronșic. Adesea astmul debutează după remisia leziunilor de DA.

Diagnostic diferențial:

Eczema / dermatita numulară clasică este întâlnită mai frecvent la bărbați între 55 și 65 de ani și la femei între 15 și 25 de ani. Leziunile elementare sunt reprezentate în special de papule, vezicule sau papulo-vezicule sau cu distribuție numulară, localizate mai frecvent la nivelul dosului mâinilor și membrele inferioare, mai numeroase decât în dermatita atopică. (11)

Neurodermita – cu localizări similare – 1/3-mea proximală, fața anterioară a gambei, respective posterioară a antebrațului, prurit intens, dar fără zemuire și cu lichenificare.

Psoriazisul vulgar – prezintă localizări specifice, în vecinătatea celor din eczema numulară, respective coate, genunchi, regiunea sacrală, scuame mai groase, chenarul lui Voronoff – chenar eritematos neacoperit de scuame și prurit excepțional. În practică reprezintă cea mai frecventă confuzie de diagnostic datorită și evoluției cornice, trenante, rebele la tratament controlată doar de corticoterapia locală. Spre deosebire de psoriazisul vulgar, această formă atipică de dermatită atopică nu răspunde la tratamentul topic cu calcipotriol.

Tratament

DA este una dintre afecțiunile cutanate cel mai dificil de tratat, datorită persistenței sale și puternicei tendințe la recidivă și extindere a erupției, la asocieri frecvente cu manifestări respiratorii. Deși nici o formulă terapeutică nu este general valabilă, există proceduri terapeutice care aplicate cu răbdare și încredere, cu competență, adaptate în funcție de fiecare situație particulară, de stadiul evolutiv al bolii, permit nu numai ameliorări, dispariția pruritului și vindecarea clinică a erupției pe perioade lungi de timp, dar și o evoluție favorabilă de durată la majoritatea pacienților.

Unul dintre obiectivele principale în tratarea dificilei DA îl reprezintă recunoașterea și eliminarea factorilor de exacerbare: infecții, iritații, transpirație, frig, etc.

Tratamentul se impune să fie nepericulos și în majoritatea cazurilor comportă esențialmente îngrijiri locale, dermatocorticoizii, datorită acțiunii antiinflamatoare fiind indispensabili.

Tratamentul trebuie individualizat, fiind dependent de starea acută sau cronică a DA, de prezența sau nu a diferitelor complicații.

DA fiind o boală cronică recidivantă, ce poate fi frustrantă pentru pacienți, impune practicantului refuzarea tuturor atitudinilor negative și de pasivitate legate de eczemă. Aceste reacții întorc familia la angoasa lor și deschid calea spre paramedicină.

Tratamentul topic ce constituie baza terapeutică a DA are 3 obiective majore:

- a. diminuarea uscăciunii cutanate
- b. împiedecarea suprainfecției
- c. lupta contra inflamației (9).

Concluzii

1. În raport cu asocierea acestor forme clinice cu leziuni tipice de DA putem, astfel vorbi, despre forme atipice discutabile și indiscutabile.
2. Eczema numulară reperezintă, uneori, o formă clinică atipică de dermatită atopică – caracteristică adolescențului cu un caracter intermediar între cel predominant exudativ caracteristic miciei copilării și cel uscat caracteristic adultului, cu localizare pe zonele *convexe* respectiv zona subpatelară maleola externă și internă. Se definește printr-un caracter subacut al erupției (eritemato-scuamoasă) cu numeroase acutizări (exudație).
3. Pruritul violent, ce însoțește această formă clinică, determină grataj accentuat urmat de o exudație intensă ce duce la o ameliorare semnificativă a pruritului.
4. Este importantă diferențierea acestei forme clinice de psoriazisul vulgar – mai rar pruriginos, cu scuame groase ce nu acoperă întregul eritem și localizare de *vecinătate* cu DA; restul formelor de eczemă numulară – caracteristică vârstelor mai înaintate, și o localizare oarecum particulară, mai rar la nivelul maleolar și subpatelar precum și al neurodermitei - caracterizată prin prezența mai accentuată a lichenificării și a unor margini mai rău delimitate.
5. Importanța urmării prezenței criteriilor de diagnostic a DA în cazul formelor pruriginoase de psoriazis, a eczemei numulare respectiv a neurodermitei.
6. Stabilirea caracterului de formă clinică atipică de DA, a eczemei numulare derivă și din prognosticul acestei afecțiuni, respectiv riscul mare de a dezvolta ulterior manifestări respiratorii caracteristice sindromului atopic – rinita atopică și astmul bronșic.

Bibliografie

1. Baer R.L.: “ History, definitions, concepts ”, J.Pediatr., 1965, 66, 154;
2. .Bagallardo P.: “ Libellus de aegritudinibus infantum (in Handbook of diseases of children) ”, Padova, Italy, 1472;
3. Besnier E.: “ Premiere note et observations preliminaires pour servir d'introduction a l'etude des prurigos diathesique ”; Ann.Dermat.Syph., 1892, 23, 634;
4. Colțoiu Al.: “ Dermatoze dispoziționale ”, Ed. Medicală, București, 1973;233-236;
5. Colțoiu Al.: “Tratat de dermatovenerologic”, Ed.Didactică și Pedagogică, București, vol.I, partea II, 1983;
6. Filip V. : “ Îndreptar de alergologie ”, Ed. Medicală, București, 1988,
7. Friedman P.S. : “ Atopic dermatitis ”, Dermatology, Switzerland, 1994, 189, suppl, 42-44;
8. Hanifin J.M., Rajka G. : “ Diagnosis features of atopic dermatitis ”, Acta. Derm. Venerol.; Stockholm, 1980, 92, 44-47;
9. Hanifin J.M. : “ Office dermatology: management strategies in the treatment of atopic dermatitis ”, Modern Medicine, 1990, 58, 60-69;
10. Rudzki E. : “ Frewuency and significance of the major and minot features of Hanifin and Rajka among patients with atopic dermatitis”, Dermatology, 1994, 189, 41-46
11. Sams M.W., Peter J., Lynch J. : “ Principles and Practice of Dermatology “, Livingstone Inc., 1990, 365-380