

Pleva

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.¹, MUDr. Eva Kocánová², MUDr. Jana Gottfriedová²

¹Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

²Kožní oddělení Pediatrické kliniky, Brno

Pediatr. pro Praxi 2010; 11(6): 397



Na kůži 8leté dívky došlo týden před přijetím do nemocnice z plného zdraví k výsevu drobných narůžovělých ovoidních papul. Změny na kůži se objevily nejprve na trupu a nebyly provázeny svěděním, horečku dívka neměla. Kožní eflorescence byly zpočátku ošetřovány indifferenční masť, ale protože došlo k výsevu stejných morf také na obou horních končetinách a navíc se papuly měnily v pustulky s centrálním nekrotickým středem, bylo dítě odesláno k hospitalizaci. Při přijetí dominovaly na kůži dívky popisované změny, některé z morf měly až ulcerózní charakter (obrázky 1 a 2). Ostatní fyzikální nález byl u pacientky zcela normální. Při přijetí byla stanovena diagnóza **pityriasis lichenoides et varioliformis acuta** (PLEVA). Hodnoty základních laboratorních vyšetření (sedimentace, krevní obraz s diferenciálním rozpočtem, ALT, AST, CRP, moč + sediment) byly zcela v normálních mezích. Histologické vyšetření biopsie kůže diagnózu PLEVA přesvědčivě prokázalo (epidermální nekróza zasahující hluboko do koria, epidermis se zachovalou kontinuitou; neutrofilní leukocyty přítomny pouze ve spodině nekrózy, perivaskulární intersticiální lymfocytární infiltrát).

Pityriasis lichenoides je méně časté získané kožní onemocnění, které se může manifestovat

ve 3 formách: PLEVA, febrilní ulceronekrotická varianta (synonymum: nemoc Mucha-Habermann; FUMHD) a pityriasis lichenoides chronica (PLCH); jednotlivé formy se mohou někdy vzájemně překrývat. Etiologie pityriázy není objasněna, diskutována je účast **infekce** (nejčastěji se uvádí asociace s adenoviry, virem herpes simplex, EB-virem, cytomegalovirem, parvovirem B19, β -hemolytickými streptokoky, zlatým stafylokokem, toxoplasmózou) nebo **pozměněné imunitní odpovědi organismu**. U naší pacientky bylo široké spektrum sérologických vyšetření zaměřených na účast infekce při PLEVA negativní, podobně jsme ani v období rekonvalescence neprokázali žádnou zřetelnou abnormitu v základních imunologických vyšetřeních.

Klinicky PLEVA charakterizuje výsev narůžovělých lichenoidních papul, které minimálně nebo vůbec nesvědí. Maximum kožních změn bývá na trupu a symetricky na horních končetinách. Papuly se během několika málo dnů mění v pustuly s centrální nekrózou, mnohé následně mají hemoragicko-ulcerózní charakter. Vývoj změn na kůži je při PLEVA značně podobný varicelle. Při FUMHD je rozvoj kožních eflorescencí rychlejší než při PLEVA, prokazatelné bývají ul-

cerace i v dutině ústní, nemocní mají horečku a jsou schvácení. Nezřídka u FUMHD dochází k pneumonitidě, projevům malabsorpce, ale i postižení CNS. Průběh FUMHD může být fatální. Při PLCH bývají na kůži nemocných přítomny papuly různého stáří, střídají se epizody exacerbace a remise kožního nálezu, kůže bývá narůžovělá nebo bronzově zbarvená, připomíná „matné sklo“, systémové postižení chybí.

U dětí literární zdroje uvádějí predilekci výskytu PLEVA v předškolním/mladším školním věku, dominuje ženské pohlaví. Pro diagnózu je rozhodující kožní nález a biopsie kůže s histologickým vyšetřením. V léčbě se většinou podávají celkově antibiotika, u části nemocných pak i kortikoidy, lokálně se používají přípravky s obsahem steroidů a různé hydratační masť. Onemocnění má příznivou prognózu, k úpravě kožního nálezu dochází v průběhu několika týdnů.

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.
Pediatrická klinika LF MU a FN
Černopolní 9, 625 00 Brno
zdoleze@fnbrno.cz

