

Eozinofilní celulitida – Wellsův syndrom

MUDr. Alice Reková¹, MUDr. Blanka Pinková, Ph.D.², prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.¹

¹Pediatrická klinika, LF MU a FN Brno

²Dětské kožní oddělení, Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

Klíčová slova: eozinofilní celulitida, Wellsův syndrom, kožní biopsie.

Key words: eosinophilic cellulitis, Well's syndrome, skin biopsy.

4letá dívka má rodinnou i osobní anamnézu bez pozoruhodností, nemá trvalou farmakoterapii, v minulosti se u ní nevyskytly žádné alergické projevy. Tři dny před přijetím k hospitalizaci si matka všimla, že se u dítěte z plného zdraví objevily na ploskách a nártách nohou červené makuly a papuly (obr. 1). Dítě bylo afebrilní a bez jiných doprovodných příznaků. Následně se během 24 hodin rozvinul tužší bolestivý otok postihující bérce a celé chodidlo pravé dolní končetiny. Krátce poté se začaly na obou dolních končetinách objevovat jednotlivé, ale i mnohočetné živě červené edematózní plaky, ke kterým se velmi rychle přidával rozvoj vezikul a bul s hemoragickým, ale i zkaleným obsahem (obr. 2). Dívka byla stále afebrilní. V této fázi bylo dítě vyšetřeno v ambulanci LSPP, kde byl stav hodnocen jako bulózní, nejspíše stafylokokové impetigo a byla zahájena léčba per os podávaným antibiotikem. Při kontrole za dalších 24 hodin byla zřetelná progresse uvedených změn a dítě bylo přijato k hospitalizaci s podezřením na herpetickou infekci nebo rozvíjející se flegmónu.

Při příjmu byla dívka afebrilní a domínujícím fyzikálním nálezem byl tuhý edém pravého bérce dosahující k distálním článkům prstů pravé nohy. Ve stejné lokalizaci jak na straně pravé, tak i levé dolní končetiny se nacházely četné vesikulobulózní morfy a edematózní plaky, některé z bul měly str-

Obr. 1. První projevy



žený kryt a zánětlivou spodinu, na pravém bérce bylo červenavé plošné ložisko (velikost 5 × 5 cm); na levém chodidle bylo celkově podobných změn méně, převažovaly zasychající drobné vesikuly (obr. 3, 4, 5, 6). UZ vyšetření, vč. dopplerovské analýzy, neprokázalo povrchovou nebo hlubokou žilní trombózu pravé dolní končetiny. Výsledky iniciálních biochemických vyšetření byly zcela v normálním rozmezí, vč. hodnoty CRP (2,4 mg/l). Také základní hodnoty hematologického vyšetření byly zcela normální (Hb 119 g/l, HTK 0,34, leukocyty $11,1 \times 10^9/l$, trombocyty $299 \times 10^9/l$), pouze v diferenciálním rozpočtu

Obr. 2. Další vývoj lokálního nálezu – hemoragická bula na pravé plosce, počínající edém pravé nohy



Obr. 3. Edém pravého bérce a chodidla; celulitidu upomínající plak ventrální plochy bérce, bulózní morfy v oblasti nártu



Obr. 4. Detail bulózních morf, ztráta kresby vnitřního kotníku v důsledku edému



Obr. 5. Pravý bérce se splývajícími plaky, zasychající buly pravé nohy. Zbytky zaschlých vesikul s indurací na vnitřní ploše levé nohy



Obr. 6. Pravý bérce se splývajícími plaky, zasychající buly pravé nohy. Zbytky zaschlých vesikul s indurací na vnitřní ploše levé nohy



byla eozinofilie (29,1 %; n. hodnota: 0–7, (v absolutním vyjádření $3,36 \times 10^9/l$; n. hodnota: 0–0,5)). Negativní byly také výsledky vyšetření zaměřených na paraneoplastické nebo autoimunitní onemocnění a také PCR analýza tekutiny z bulózních ložisek neprokázala žádné patogenní agens. U dítěte proto byla provedena z oblasti pravého bérce kožní biopsie s histologickým závěrem: Eozinofilní celulitida – Wellsův syndrom (WS).

WS je vzácná zánětlivá dermatóza, její etiopatogeneze je dosud nejasná. Většinou je uváděno, že jde o hypersenzitivní reakci na různé endo-/exogenní stimuly, přitom u řady nemocných nelze některý z těchto stimulů objektivně určit. Je uváděna aso-

ciace WS s infekcemi (virové/bakteriální/ parazitární), hmyzím bodnutím, hematologickými malignitami a solidními nádory; za spouštěcí faktor bývají považovány také některé léky nebo autoimunitní onemocnění. Kožní projevy WS postihují zejména dolní končetiny a jsou výrazně polymorfní – celulitidu upomínající plaky, morfy vesikulobulózní, papulonodulární nebo urtikariální, doprovodné edémy/infiltrace bývají bolestivé, pruriginózní. Tyto nálezy přispívají k obtížnější diferenciální diagnostice a je nezbytné zvažovat i jiné choroby např. erysipel, flegmónu, sklerodermii, granuloma anulare, pemfigoid, lymskou boreliózu. Na WS je vhodné pomýšlet, pokud zvolená

počáteční léčba celková (antibiotika) nebo lokální (emolienca, gely) je bez odpovídající příznivé odezvy. Až 50 % nemocných mívá eozinofilii, další výsledky laboratorních analýz, vč. ukazatelů zánětu a nálezy mikrobiologické bývají zcela negativní. Rozhodující pro diagnózu WS je kožní biopsie a histologické vyšetření prokazující intersticiální eozinofilní infiltrát s tvorbou tzv. ohnivých figur – jedná se o shluky eozinofilů a histiocyty, které obklopují kolagenní vazivo s volnými eozinofilními granulemi. Lékem volby WS jsou kortikoidy (aplikace systémová a lokální), terapii by měl koordinovat erudovaný dermatolog, neboť onemocnění má nezřídka rekurentní průběh.