

Lichen striatus med negledystrofi er en selvlimiterende tilstand

Tatjana Sandreva¹ & Anette Bygum²

KASUISTIK

1) Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet
2) Hudafdeling I og Allergicentret, Odense Universitetshospital

Lichen striatus er en erhvervet, inflammatorisk hudsygdom langs Blaschkos linjer. De sribeformede hudforandringer er oftest asymptomatiske og ses hos mindre børn typisk lokaliseret til en ekstremitet. Sygdommen remitterer spontant efter måneder til år, og kendskab til sygdomsbilledet er vigtigt for at forhindre unødvendig biopsi og behandling.

SYGEHISTORIE

En seksårig dreng blev henvist til en hudafdeling pga. et hududslæt på venstre hånd og arm. Han havde tidligere fået konstateret astma, men var hudrask. Der var ingen familiære dispositioner for atopi. Tre måneder før henvisningstidspunktet havde forældrene bemærket en ru sribeformet hudforandring, lokaliseret omkring venstre håndled og over et par måneder udviklede sig langs hele armen. Udslættet havde været kortvarigt kløende, men generede i øvrigt ikke barnet. Lokalbehandling med hydrokortison-17-butyrat havde været uden effekt. To måneder efter debuttidspunktet tilkom en negleforandring på venstre hånds første finger. Ved objektiv undersøgelse fandtes en sribeformet, småpapuløs, hudfarvet forandring, der stedvist var lidt skælende. Forandringen strakte sig fra venstre hånds første finger, radiale på håndryggen, langs underarmen og lateralt på overarmen mod skulderen, hvorefter den fortabte sig mod ryggens midtlinje (**Figur 1**). Neglen på venstre hånds første finger var radiale

dystrofisk fortykket. Der var ingen tegn på atopisk dermatitis.

Diagnosen lichen striatus blev stillet på grundlag af det kliniske billede, og sygdommens godartede natur og forløb blev forklaret for forældrene. Ved opfølgning efter tre måneder var der næsten komplet afglatning med postinflammatorisk hyperpigmentering og begyndende nyvækst af fingernegl.

DISKUSSION

Lichen striatus er en sjælden hudsygdom, der primært ses hos børn, og hvor der udvikles et småpapuløst udslæt, som konfluere til en eller sjældent flere sribeformede elementer, som følger Blaschkos linjer i huden [1-4]. Som regel findes læsionen unilateralt på en ekstremitet, men i sjældne tilfælde ses involvering af ansigt, bryst eller ryg. Lichen striatus kan være kontinuerlig eller afbrudt, og længden kan variere fra få cm til hele ekstremitetens længde [4]. Hos børn er læsionen oftest asymptomatisk eller let kløende. Medinddragelse af neglen er sjældent beskrevet. Tilstanden kan desuden vise sig med negleforandringer som isoleret symptom eller som debutsymptom før hudforandringer, hvilket vanskeliggør diagnosen. Negledystrofien viser sig ved fortykkelse eller atrofi af neglepladen med længdestribning og evt. distalt split. Det er karakteristisk, at kun den mediale eller laterale del er involveret [4, 5]. Hud- og negleforandringer remitterer hos de fleste efter 3-6 måneder, men kan persistere i flere år [2, 5]. Recidiv ses sjældent, men kan forekomme. I en opgørelse over 115 patienter med lichen striatus blev der påvist recidiv hos fire patienter inden for to år og hos en enkelt efter to år. Desuden fandt man postinflammatorisk hypopigmentering hos 30 patienter [2].

Ætiologien er ikke fuldstændig klarlagt, men menes at være et samspil mellem flere faktorer [4]. Der er rapporteret om en øget incidens blandt børn med atopisk disposition, ligesom der er beskrevet udbrud, der er fremprovokeret af virusinfektioner eller lokale hudtraumer [1, 4]. Hos patienten i sygehistorien var der ingen anamnesticke udløsende faktorer.

Lichen striatus følger Blaschkos linjer, som blev beskrevet i 1901 [3]. Linjerne, der er usynlige under normale forhold, modsvarer migrationen af hudceller

FIGUR 1

Lichen striatus med negledystrofi hos en seksårig dreng.



under embryogenesen [1, 3]. Hudlæsioner, der følger Blaschkos linjer, menes derfor at være betinget af en somatisk mutation i en ektodermal celleklon under embryogenesen. Hvis den muterede celleklon påvirkes af en udløsende faktor (*second hit*), udtrykkes der et membranantigen, som fører til et T-celle-respons, som fremkalder hudforandringer [1, 4].

Lichen striatus er en klinisk diagnose og kræver sædvanligvis ikke yderligere udredning.

Differentialdiagnostisk bør man overveje eksem, inflammatorisk lineært verrukøst epidermalt nævus, blaschkitis eller andre likenoide hududslæt såsom linær lichen planus. De ofte asymptomatiske hudforandringer, det beskedne behandlingsrespons og evt. tilhørende negledystrofi støtter diagnosen lichen striatus.

Behandlingen af lichen striatus er som regel ikke nødvendig, da tilstanden er selvlimiterende. Ved klø-

ende læsioner og tørhed kan lokalsteroid og fugtighedscreme anvendes. Pimecrolimus og tacrolimus har også været anvendt [1].

Den vigtigste intervention er således information om den benigne karakter og den gode prognose til patienterne og deres familie.

KORRESPONDANCE: *Tatjana Sandreva*, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, Campusvej 55, 5230 Odense. E-mail: tsand07@student.sdu.dk

ANTAGET: 21. juni 2011

FØRST PÅ NETTET: 8. august 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Müller CSL, Schmaltz R, Vogt T et al. Lichen striatus and blaschkitis: reappraisal of the concept of blaschkolinear dermatoses. *Br J Dermatol* 2011;164:257-62.
2. Patrizi A, Neri I, Fiorentini C et al. Lichen striatus: clinical and laboratory features of 115 children. *Pediatr Dermatol* 2004;21:197-204.
3. Bologna JL, Orlow SJ, Glick SA. Lines of Blaschko. *J Am Acad Dermatol* 1994;31:157-90.
4. Tilly JJ, Drolet BA, Esterly NB. Lichenoid eruptions in children. *J Am Acad Dermatol* 2004;51:606-24.
5. Tosti A, Peluso AM, Misciali C. Nail lichen striatus: clinical features and long-term follow-up of five patients. *J Am Acad Dermatol* 1997;36:908-13.

God effekt af plasmaferese ved fedtembolisyndrom efter bilateral tibiafraktur

Jesper Gilberg Schriver¹, Maria Rodrigues Schriver² & Charlotte Buch Gøthgen³

Fulminant fedtemboli-syndrom (FES) er en sjælden tilstand, der er vanskelig at diagnosticere, og hvor understøttende behandling er den eneste mulighed. Tidlig diagnostik og behandling er afgørende for prognosen.

I denne sygehistorie havde plasmaferesebehandling god effekt.

SYGEHISTORIE

En 37-årig kvinde, der havde hypertensio arterialis og adipositas, blev modtaget på Traumecenteret på Aalborg Sygehus efter at have fået et nedstyrtet tag over underbenene. Patienten blev af ambulancepersonalet fundet vågen og klar med åbne bilaterale crusfrakturer. På traumestuen var patienten vågen, men let påvirket af morfika, der var givet af ambulancepersonalet. Hun blev beskrevet som stabil med hensyn til luftveje, vejrtrækning og cirkulation.

En traumecomputertomografi (CT) viste, at der var en ustabil L1-fraktur, mens røntgen af thorax og bækken ikke viste nogen patologiske fund. En røntgenundersøgelse af underekstremiteterne viste bilaterale midtskaft-crusfrakturer, Gustillo Anderson type IIIa.

Der blev foretaget akut operation med indsættelse af reamede marvsvøm forudgået af kirurgiske *débridement* og skylning med *pulse lavage* i marvkanal og bløddele.

Det peroperative forløb var præget af behov for stort ilttilskud og hæmodynamisk instabilitet, specielt ved vending fra ryg- til sideleje. Ved ankomsten på intensivafdelingen var patienten tiltagende ustabil, og hun havde behov for ilt og vasopression i form af noradrenalin.

Et røntgenbillede af thorax viste nytilkomne bilaterale vattede infiltrater, hvilket var foreneligt med *adult respiratory distress syndrome*. Patienten var for ustabil til, at der kunne foretages yderligere diagnostik i form af CT.

Dagen efter havde patienten et stigende behov for noradrenalin og behov for inspiratorisk iltfraktion på 100%. Der blev tillagt dobutamin, hvorved hun blev mere hæmodynamisk stabil. Hun fik petekkier på thorax med udbredelse til abdomen og overekstremiteterne.

Der blev foretaget *focus assessed transthoracic echocardiography* (Figur 1), som viste en dilateret

KASUISTIK

1) Anæsthesien, Region Nordjylland, 4. afdeling, Aarhus Universitetshospital
2) Medicinsk Afdeling, Sygehus Thy/Mors
3) Hoved- Ortopædkirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Aalborg Sygehus