

Lichen sclerosus er også en sygdom hos børn

Shailajah Baskaramoorthy & Anette Bygum

Lichen sclerosus er en sjælden hudsygdom hos børn. Manglende kendskab til sygdommen betyder, at tilstanden ofte overses eller fejldiagnosticeres og dermed ikke behandles korrekt. Det er ærgerligt, idet sygdommen responderer fint på potent lokalsteroid, som er førstevalgsbehandling [1]. Hos børn med kroniske symptomer fra genitalia bør man overveje diagnosen lichen sclerosus.

SYGEHISTORIER

I. En fireårig pige blev henvist fra egen læge pga. uafklaret genitalt udslæt siden spædbarnsalderen. Pigen havde svær genital kløe, rødme, smerte, obstipation og tidvist blod i trusserne. Tilstanden blev primært opfattet som bledermatitis og svampeinfektion. Patienten blev via egen læge behandlet med lokalt anti-mykotikum, uden at der sås nogen bedring i tilstanden.

Objektivt fandt vi et klassisk porcelænsghvidt udslæt med ottetalskonfiguration (**Figur 1**) involverende vulva og huden perianalt. Diagnosen lichen sclerosus blev stillet på baggrund af det kliniske billede, og der blev iværksat behandling med gruppe 4-lokalsteroid med eklatant effekt. Forældrene udtrykte i forløbet stor lettelse over at få klarlagt diagnosen, da de gennem fire år med det uafklarede forløb havde gjort sig mange tanker.

II. En fireårig pige blev henvist fra et socialpædiatrisk ambulatorium på mistanke om lichen sclerosus. To måneder tidligere havde hun første gang haft blødning fra genitalia, angiveligt efter doktorleg. Der var på den henvisende afdeling foretaget fotokolposkopi og ikke fundet tegn på seksuelt overgreb. Objektivt fandt man tegn til lichen sclerosus med perlemorsglinsende let atrofisk hud, fissurer og hæmoragi på labia majores og perineum. Pigen blev behandlet episodisk med gruppe 3-4-lokalsteroid med god effekt.

DISKUSSION

Lichen sclerosus er en kronisk inflammatorisk hudsygdom med prædilektion for genitalområdet. Sygdommen afficerer ikke vagina eller hymen [1, 2]. Der ses ekstragenital affektion ses hos 6% af patienterne [1], og tilstanden har generelt en god prognose. Ætiologien til lichen sclerosus er ukendt, men man mener, at sygdommen skyldes en autoimmun medieret

inflammatorisk proces. Diagnosen kan bekræftes ved biopsi.

Pige:dreng-ratioen er 10:1 [1]. Sygdommen kan forekomme hos patienter i alle aldre, men der ses bimodal aldersfordeling, således at sygdommen er hyppigst hos præpubertale og postmenopausale patienter [1]. Kun ca. 10% af tilfældene forekommer hos børn med en prævalens, der er angivet som 1:900 [1, 2].

Risikoen for sekundær cancerudvikling hos børn er ukendt. Hos voksne kvinder er der rapporteret om en risiko på 5% for udvikling af planocellulært karcinom [1, 3]. Hos børn med ukompliceret og velbehandlet lichen sclerosus antages malignitetsrisikoen for at være lille, men langtidsopfølgning anbefales [1-3]. I lang tid har man antaget, at lichen sclerosus hos børn remitterer ved puberteten, men denne gængse opfattelse er for nylig revideret, idet man i et studie har påvist, at 75% af de unge, som har haft tilstanden fra de var børn, fortsat har behov for behandling [1, 3]. Typiske symptomer ved lichen sclerosus hos børn er genital kløe, smerter (dysuri og defæka-

KASUISTIK

Hudafdeling I og
Allergicentret, Odense
Universitetshospital

 FIGUR 1

Lichen sclerosus med hvidt plaque og klassisk ottetalskonfiguration hos en fireårig pige.



tionssmerter), obstipation, erosioner og sjældnere blødning. Objektivt ses der ved klassiske tilfælde som i sygehistorie I et porcelænsvidt plaque med skinnende eller rynket atrofisk overflade med ottetalskonfiguration [1-3].

Manglende kendskab til lichen sclerosus bevirker, at sygdommen ofte overses og fejlbehandles f.eks. som kontaktallergi, bakterie- eller svampeinfektion [1]. I litteraturen er der beskrevet en diagnostisk latenstid på ca. 1,3 år [4].

Ikke sjældent rejses der mistanke om seksuelt overgreb, som i sygehistorie II. Man skal være opmærksom på, at lichen sclerosus og seksuelt misbrug ikke udelukker hinanden [1, 5]. Hvis der hersker tvivl om dette aspekt, er det vigtigt at samarbejde med en socialpædiater. Det langvarige udredningsforløb kan, som i sygehistorie I, skabe bekymring og følelsesmæssig stress hos barn og familie. Dette er beklageligt,

når tilstanden kan behandles effektivt med potent lokalsteroid [1]. Ovenstående symptomatik og kroniske symptomer fra genitalia hos børn bør lede lægens tanker i retning af lichen sclerosus og foranledige henvisning til et relevant speciale, gerne dermatologi.

KORRESPONDANCE: *Shailajah Baskaramoorthy*, Hudafdeling I og Allergicentret, Odense Universitetshospital, Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense.
E-mail: sailagah.baskara.moorthy@ouh.regionsyddanmark.dk

ANTAGET: 3. januar 2012

FØRST PÅ NETTET: 26. marts 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Smith SD, Fischer G. Paediatric vulvar lichen sclerosus. *Australas J Dermatol* 2009;50:243-8.
2. Powell J, Worjnarowska F. Childhood vulvar lichen sclerosus: an increasingly common problem. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:803-6.
3. Jensen LS, Bygum A. Lichen sclerosus er en sjælden, men vigtig diagnose hos børn. *Ugeskr Læger* 2012;174:1308.
4. Smith SD, Fischer G. Childhood onset vulvar lichen sclerosus does not resolve at puberty: a prospective case series. *Pediatr Dermatol* 2009;26:725-9.
5. Wood PL, Bevan T. Lesson of the week child sexual abuse enquiries and unrecognized vulvar lichen sclerosus et atrophicus. *BMJ* 1999;319:899-900.

Udvikling af mupirocinresistens under eradikationsbehandling ved MRSA-bærrtilstand

Karina Frahm Kirk

KASUISTIK

Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Aalborg Sygehus

Staphylococcus aureus er en vigtig årsag til såvel hospitals- som samfundserhvervede infektioner. Symptomerne varierer i klinisk sværhedsgrad fra simpel impetigo til livstruende bakteræmi.

20-30% af alle mennesker er klinisk raske bærere af *S. aureus*. Smitteoverførsel sker både ved direkte og indirekte kontakt, og raske bærere er foruden at være vigtige smitekilder også selv udsat for højere risiko for infektion. Forekomsten af methicillinresistente *S. aureus* (MRSA) er globalt et stort klinisk problem, som forværres af stigende forekomst af resistens over for andre antibiotikaklasser end betalaktamantibiotika.

Mupirocin er et naturligt forekommende antibiotikum, som er fundet hos *Pseudomonas fluorescens*, og som hæmmer bakteriel proteinsyntese. Det inaktiveres hurtigt i plasma og anvendes derfor udelukkende topisk. Mupirocinresistens inddeles i *high-level-resistens* (HMR) (mindste hæmmende koncentration (MIC) \geq 512 mg/l) og *low-level-resistens* (LMR) (MIC 8-128 mg/l) [1]. HMR betinges af et plasmidmediert *mupA*-gen, som koder for en variant af t-RNA-

syntetase. LMR skyldes en kromosomal mutation i det native isoleucyl-RNA-syntetase (*ileS*)-gen [2].

Vi beskriver MRSA-forekomst hos en patient, som fik resistens over for mupirocin under eradikationsbehandling.

SYGHEHISTORIE

En 55-årig mand blev overflyttet fra et sygehus i Mellemamerika til et sygehus i Nordjylland. Patienten havde opholdt sig i Mellemamerika i ca. syv uger og havde haft diare og opkastninger i en uge. Efter gældende retningslinjer blev patienten isoleret ved indlæggelsen i Danmark.

Han blev rutinemæssigt screenet for multiresistente bakterier (MRSA, *extended spectrum beta-lactamase* (ESBL) og vancomycinresistente enterokokker (VRE) fra svælg, næse og anus. Fra analpodningen var der vækst af MRSA og ESBL-producerende *Escherichia coli*. Den isolerede MRSA-stamme var af typen *spa* t149 (klonkompleks CC5), følsom for mupirocin og med MIC 0,094 mg/l. I Nordjylland varetages smitteudredning, anmeldelse og eradikationsbe-