

Recidiverende erythema multiforme udløst af herpes simplex-virus

Dorthe Vestergård Grejsen & Emil Henningsen

Erythema multiforme (EM) er en akut, immunmedieret og selvlimiterende mukokutan reaktion med maculae, papler og klassiske kokarder med tre koncentriske farvevarierende zoner på huden. Diagnosen stilles klinisk, men i tvivlstilfælde kan en hudbiopsi støtte diagnosen [1]. Recidiverende EM (REM) er en sjælden variant med mindst tre udbrud af EM [2]. EM og REM er hyppigt associeret til herpes simplex-virus (HSV) type 1 og type 2, men sammenhæng med andre vira, svampe og bakterier samt forskellige medikamina er påvist [1, 3], hvilket kan vanskeliggøre udredningen. Vi omtaler to patienter med REM-associeret HSV-infektion.

SYGEHISTORIER

I. En 38-årig kvinde med et ømt, kløende udslæt, der var opstået tre dage tidligere, blev henvist fra en praktiserende dermatolog. Objektivt fandt man konfluerende, ødematøse og erytematøse maculae og papler symmetrisk i ansigtet, lateralt på armene, brystet, lårene og fødderne samt kokardelignende forandringer i ansigtet, på håndryggene (**Figur 1**), armene, fødderne og brystet. Der var ingen slimhindeforandringer. Patienten havde gennem ca. seks år været betydeligt generet af 1-2 årlige udbrud af typisk to ugers varighed. Lokalbehandling med steroid gruppe III havde haft beskeden effekt. Resultaterne af biopsier havde rejst mistanke om viralt eksantem eller fotodermatitis. Patienten havde fået medroxyprogesteronacetatindsprøjtninger (kontraceptivum) gennem ca. ti år, men fik i øvrigt ikke medicin. Hun havde herpes labialis, hvilket dog var uden selvobserveret sammenhæng med hududslættet. Anamnese og klinik var forenelig med HSV-udløst REM. Anfaldsbehandling med prednisolon 25 mg dagligt i tre dage havde god effekt. Profylaktisk antiviral behandling med valaciclovir 500 mg dagligt – med råd om dosisøgning til 500 mg $\times$ 2 dagligt i fem dage ved optræk til herpesudbrud. På opgørelsestidspunktet – efter otte måneder – havde patienten ikke haft udbrud.

II. En 24-årig gravid kvinde blev henvist fra en praktiserende dermatolog til behandling af REM med debut tre år tidligere efter seponering af p-piller. Hun beskrev 3-4 årlige udbrud i sommermånederne med

kløende hududslæt og mundslimhindeforandringer af ca. to ugers varighed. Objektivt fandt man papuløse forandringer stedvist med central bulladannelse på halsen, brystet og akralt på ekstremiteterne. Der var typiske kokarder på håndryggene og fodsålerne. Resultaterne af flere biopsier var forenelige med EM. Der var ingen herpesanamnese og intet fast medicinforbrug. Gentagne HSV-podninger fra mundhulen gav negativt resultat, men en HSV-immunglobulin G-test var positiv. Profylaktisk behandling med aciclovir 400 mg $\times$ 2 dagligt og senere dapson 100 mg dagligt var uden effekt. Grundet forværring ved soleksponering og lokalisation på lysudsatte hudområder valgte man empirisk at forsøge behandling med hydroxychloroquin med god effekt. Flere år senere fik patienten tilfældigt påvist HSV ved podning fra cervix.

DISKUSSION

Sygehistorierne illustrerer, at REM kan være en diagnostisk og terapeutisk udfordring. Ud over at give kosmetiske forandringer kan tilstanden være forbundet med kløe og smerter fra huden og slimhinderne. Kendskab til diagnose, ætiologi og relevant behand-

KASUISTIK

Hudafdeling I og
Allergicentret, Odense
Universitetshospital



FIGUR 1

Tidligt udbrud af erythema multiforme med konfluerende ødematøse papler hos patient med herpesanamnese.



ling er væsentligt. Ved erkendt HSV-infektion er årsagssammenhængen oplagt. I studier har man påvist effekt af antiviral behandling til patienter med REM uden påvist HSV-infektion [2]. Dette tyder på subklinisk HSV-infektion som udløsende årsag, hvorfor man bør overveje at screene patienter, der har REM uden herpessymptomer, for genital HSV. Det er ikke muligt at eliminere HSV, som etablerer sig som en latent infektion. Behandling med aciclovir [4], alternativt valaciclovir eller famciclovir [1] anbefales ved herpesprodromer eller profylaktisk til patienter med REM. Man har i studier påvist effekt af valaciclovir hos patienter, der har REM og utilstrækkelig effekt af aciclovir [5]. Supplerende antiinflammatorisk eller immunsupprimerende behandling kan være indiceret [1], og der er bl.a. rapporteret om effekt af dapson, mycophenolatmofetil, hydroxychloroquin, azathioprin og intravenøs indgift af Ig [2]. Involvement af mundslimhinden medfører dårligere prognose, og tilstanden er vanskelig at behandle [2], hvilket kan forklare det langvarige, relativt behandlingsresistente

forløb hos patienten i sygehistorie II. Patienten havde ikke effekt af aciclovir trods sandsynlig association til HSV, men responderede på systemisk behandling med hydroxychloroquin [1], som blev valgt grundet forandringer på lyseksponeret hud.

KORRESPONDANCE: Dorthe Vestergård Grejsen, Oppermannsvej 21, 2. th., 5230 Odense M. E-mail: dorthegrejsen@gmail.com

ANTAGET: 3. januar 2012

FØRST PÅ NETTET: 13. februar 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Lamoreux MR, Sternbach MR, Hsu WT. Erythema multiforme. *Am Fam Physician* 2006;74:1883-8.
2. Wetter DA, Davis MD. Recurrent erythema multiforme: clinical characteristics, etiologic associations, and treatment in a series of 48 patients at Mayo Clinic, 2000 to 2007. *J Am Acad Dermatol* 2010;62:45-53.
3. Sanchis JM, Bagán JV, Gavalda C et al. Erythema multiforme: diagnosis, clinical manifestations and treatment in a retrospective study of 22 patients. *J Oral Pathol Med* 2010;39:747-52.
4. Tatnall FM, Schofield JK, Leigh IM. A double-blind, placebo-controlled trial of continuous acyclovir therapy in recurrent erythema multiforme. *Br J Dermatol* 1995;132:267-70.
5. Kerob D, Assier-Bonnet H, Esnault-Gelly P et al. Recurrent erythema multiforme unresponsive to acyclovir prophylaxis and responsive to valacyclovir continuous therapy. *Arch Dermatol* 1998;134:876-7.

Cronkhite-Canadas syndrom er et sjældent polyposesyndrom

Anja Poulsen & Malene Fey Nielsen

KASUISTIK

Medicinsk Afdeling,
Slagelse Sygehus

Cronkhite-Canadas syndrom (CCS) er et sjældent, nonhereditært syndrom med kun 400 kendte tilfælde. CCS er forbundet med trinvis udvikling af diare, gastrointestinale polypper, malnutrition, vægttab, kutan hyperpigmentering, negleforandringer, alopeci og dysgeusi [1-5]. 75% af tilfældene af CCS er beskrevet blandt den japanske befolkning, resten er jævnt fordelt på verdensplan med en lille overvægt i USA [2].

SYGEHISTORIE

En 78-årig kvinde, der havde haft periodevis diare og kronisk dermatitis gennem flere år, blev indlagt med diare og dehydrering. Patienten havde ugen op til indlæggelsen været sløj og forkvalmet ved fødeindtag, hun havde haft 2-5 grønne ublodige diareer dagligt og enkelte galdelignende opkastninger, en enkelt med blod. Hun havde haft et vægttab på 20 kg over seks måneder og havde oplevet nedsat funk-

tionsniveau. Objektivt fandtes patienten at være kronisk medtaget, afmagret, dehydreret med nedsat hudturgor samt præget af kronisk generaliseret dermatitis og lette ødemer i overhuden. Hudgenerne var forværret op til indlæggelsen med ekskoriationer og mønstre ulcerationer, der var særligt udtalte på overekstremiteterne. På crurae sås staseeksem. Patienten havde dårlig neglestatus på hænder og fødder samt alopeci. Abdomen fremstod med let hepatomegali og keratotisk dermatitis. Der blev fundet mariosker perianalt.

Der var abnorme resultater af biokemiske undersøgelser: hæmoglobinkoncentration 5,3 mmol/l (referenceinterval (ref.): 7,0-10,0 mmol/l), koagulationsfaktor II, VII og X 0,29% (ref.: 0,70-1,3%), calciumionkoncentration 1,13 mmol/l (ref.: 1,15-1,35 mmol/l), kaliumkoncentration 3,0 mmol/l (ref.: 3,6-4,6 mmol/l), zinkkoncentration 8,3 mikromol/l (ref.: 10-19 mikromol/l), alaninaminotransfe-