

<https://doi.org/10.25208/vdv1333>

Питириаз красный волосяной отрубевидный (болезнь Девержи) на фоне COVID-19

© Окладникова Е.В.¹, Котова К.В.¹, Хоржевский В.А.^{1,2}, Рукша Т.Г.^{1*}

¹ КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1

² КГБУЗ КПАБ
660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3Д

Питириаз красный волосяной отрубевидный (болезнь Девержи) — идиопатический, папулосквамозный воспалительный дерматоз, который характеризуется прогрессирующей эритродермией. Этиология заболевания неизвестна, большинство случаев возникают спорадически. Иницилирующими факторами могут быть вирусные инфекции, нарушение метаболизма витамина А, прием лекарственных препаратов, аутоиммунные реакции и злокачественные новообразования. Диагноз болезни Девержи основывается на клинических проявлениях заболевания и результатах гистологического исследования биоптата пораженной кожи больного. Представлен клинический случай красного волосяного отрубевидного лишая, возникшего на фоне COVID-19 у женщины 40 лет. С целью дифференциальной диагностики питириаза с атопическим дерматитом, эритродермической формой псориаза, генерализованной формой крапивницы необходимо проведение иммуногистохимических исследований с целью выявления пролиферации иммунокомпетентных клеток. На основании описанного клинического случая представляется возможным рекомендовать обследование на SARS-CoV-2 при выявлении у пациента болезни Девержи на фоне лихорадки и интоксикационного синдрома.

Ключевые слова: красный волосяной отрубевидный лишай, болезнь Девержи, COVID-19.

Конфликт интересов: авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Источник финансирования: рукопись подготовлена и опубликована за счет финансирования по месту работы авторов.

Согласие пациента: пациент добровольно подписал информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме в журнале «Вестник дерматологии и венерологии».

Для цитирования: Окладникова Е.В., Котова К.В., Хоржевский В.А., Рукша Т.Г. Питириаз красный волосяной отрубевидный (болезнь Девержи) на фоне COVID-19. Вестник дерматологии и венерологии. 2022;98(3):89–95. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1333>



Pityriasis rubra pilaris (Devergie's disease) in a COVID-19 patient

© Evgenia V. Okladnikova¹, Kseniya V. Kotova¹, Vladimir A. Khorzhevskii^{1,2}, Tatiana G. Ruksha^{1*}

¹ Krasnoyarsk State Medical University
Partizana Zheleznyaka str., 1, 660022, Krasnoyarsk, Russia

² Krasnoyarsk Pathological Bureau
Partizana Zheleznyaka str., 3D, 660022, Krasnoyarsk, Russia

Pityriasis rubra pilaris (Devergie's disease) is an idiopathic, papulosquamous inflammatory dermatosis characterized by progressive erythrodermia. The etiology of the disease is unknown, and most cases occur sporadically. Viral infections, impaired vitamin A metabolism, medications, autoimmune reactions, and malignancies are most common triggering factors. The diagnosis of Devergie's disease is based on the clinical manifestations of the disease and the results of a skin histological examination. The present paper discusses a clinical case of pityriasis rubra pilaris that occurred in a COVID-19, 40-year-old woman. For the purpose of differential diagnosis of pityriasis with atopic dermatitis, erythrodermic form of psoriasis, generalized form of urticaria, it is necessary to perform immunohistochemical studies to identify the proliferation of immunocompetent cells. Based on the described clinical case, it seems possible to recommend testing for SARS-CoV-2 if a patient has Devergie's disease against the background of fever and intoxication syndrome.

Keywords: Pityriasis rubra pilaris, Devergie's disease, COVID-19.

Conflict of interest: the authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Source of funding: the work was done and published through financing at the place of work of the authors.

Patient consent: the patient voluntarily signed an informed consent to the publication of personal medical information in an impersonal form in the journal "Vestnik Dermatologii i Venerologii".

For citation: Okladnikova EV, Kotova KV, Khorzhevskii VA, Ruksha TG. Pityriasis rubra pilaris (Devergie's disease) in a COVID-19 patient. Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2022;98(3):89–95. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1333>



Актуальность

Последние 3 года ознаменовались пандемией, вызванной вирусом SARS-CoV-2. При этом данный инфекционный агент не только имел свои специфические проявления на коже, но и в значительной степени оказывал влияние на течение хронических заболеваний, в том числе дерматозов [1].

Наиболее частыми симптомами инфекции, вызванной COVID-19, являются гипертермия, респираторные нарушения в виде сухого кашля, заложенности носа и преходящей anosмии, а также выраженная слабость. К частым внереспираторным проявлениям инфекции относят поражения кожи, такие как эритематозная сыпь, крапивница, высыпания, напоминающие ветряную оспу. Согласно литературным данным, везикулярные высыпания могут появляться рано, в самом начале болезни, тогда как акральные везикуло-пустулезные элементы возникают сравнительно поздно. Остальные кожные проявления данной инфекции могут развиваться на протяжении всего заболевания [2, 3].

Питириаз красный волосистой отрубевидный (болезнь Девержи) является идиопатическим, папуло-сквамозным воспалительным дерматозом, который характеризуется прогрессирующей эритродермией. Подавляющее большинство случаев лишая Девержи является спорадическим, не имеет семейного анамнеза, в равной степени поражает мужчин и женщин всех рас и имеет неизвестную этиологию. В качестве иницирующих факторов выделяют вирусные инфекции, нарушение метаболизма витамина А, аутоиммунные реакции, прием лекарственных препаратов и злокачественные новообразования. Диагноз лишая Девержи основывается на клинических проявлениях заболевания и результатах гистологического исследования биоптата пораженной кожи больного. Гистологическими признаками заболевания являются акантоз с ортокератозом и паракератозом при сохраненном зернистом слое, в подлежащей дерме часто присутствует поверхностный периваскулярный и перифолликулярный инфильтрат. Современная классификация красного волосяного лишая включает:

- классический взрослый и классический ювенильный типы (отличаются только возрастом пациента);
- ограниченный ювенильный тип (иная этиология);
- тип, связанный с ВИЧ-инфекцией [4].

Описание случая

Пациентка С., 1982 г. рождения, поступила в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» г. Красноярска 05.03.2022 с жалобами на высыпания на коже туловища, лица, конечностей, которые сопровождались зудом, повышением температуры тела до 38–39 °С, многократную рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, слабость, одышку.

Из анамнеза установлено, что заболела остро, 10.02.2022, появились слабость, повышение температуры до 39–38,5 °С, ломота и боли в суставах. Самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные средства, без видимого эффекта. Через 5 дней от начала заболевания у пациентки появились мелкоточечные элементы на коже верхних и нижних конечностей, затем на туловище, на лице. После обращения к терапевту, с 22.02.2022 по 03.03.2022, получила преднизолон, инфузионную терапию, цефтриаксон, энтеросгель, аципол, хлоропирамин, лоперамид.

Несмотря на проведенную терапию, состояние пациентки оставалось без положительной динамики, и 03.03.2022 она была госпитализирована с диагнозом «острая аллергическая реакция по типу генерализованной крапивницы». При обследовании в стационаре 03.03.2022 получен положительный результат мазка на COVID-19. Данные лабораторных исследований выявили повышение числа лейкоцитов до $18,9 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы 13%; повышение уровня С-реактивного белка и аминотрансфераз — АСТ 108,3 ЕД/л и АЛТ 581,1 ЕД/л. Учитывая данные о сопутствующих заболеваниях и консультации аллерголога и ревматолога, был поставлен диагноз «коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19, лабораторно подтвержденная». Сопутствующие: Токсикодермия распространенная в стадии эритродермии, ассоциированная с инфекцией COVID-19. Ревматоидный артрит: серопозитивный, развернутая стадия, неэрозивный, рентгенологическая стадия 1–2 с поражением мелких и крупных суставов. Остеопения на фоне ранней менопаузы. Недостаточность витамина Д. Узловой зоб 1-й степени, эутиреоз. Пациентке проводилось введение глюкокортикостероидов, антигистаминных препаратов, гепатопротекторов. Несмотря на проведенную в течение 10 дней терапию, на коже туловища, конечностей и лица сохранялась пятнисто-папулезная сыпь с геморрагическим компонентом и обильным шелушением (рис. 1). В связи с этим было принято решение о проведении биопсии пораженных участков кожи.

Результаты физикального, лабораторного и инструментального исследований

При гистологическом исследовании фрагмента кожи с окраской гематоксилином и эозином выявлен эпидермис с нерегулярным слабо выраженным акантозом, признаками чередования участков паракератоза, перифолликулярными участками паракератоза, корками на поверхности, фолликулярными кератиновыми пробками (рис. 2). В верхних слоях дермы обнаруживается периваскулярный лимфоцитозный инфильтрат с участками выраженного эпидермотропизма, в проекции которых эпидермис демонстрирует выраженный спонгиоз (рис. 3), признаки вакуольной дистрофии, содержит многочисленные тельца Сиватта (рис. 4). Среди клеток инфильтрата видны мелкие фрагменты коллагеновых волокон. Кровеносные сосуды сосочкового слоя дермы расширены, придатки кожи сохранены.

Несмотря на введение высоких доз стероидных противовоспалительных средств (преднизолон 180 мг в сутки), кожные проявления не регрессировали, что позволило исключить их связь с atopическим дерматитом, эритродермической формой псориаза, генерализованной формой крапивницы. С целью дифференциальной диагностики с лимфомой кожи было проведено иммуногистохимическое исследование.

При иммуногистохимическом исследовании антиген пролиферативной активности Ki-67 экспрессирован в ядрах примерно 30% клеток воспалительного инфильтрата, в эпидермисе экспрессия Ki-67 не ограничена клетками базального слоя, а видна в более высоких слоях (рис. 5). Лимфоидные клетки инфильтрата экспрессируют CD3, CD5, соотношения CD4 и CD8 позитивных клеток соответствуют примерно 1:1 (рис. 6, 7). Единичные клетки экспрессируют CD20 (рис. 8). Заклю-



Рис. 1. Пятнисто-папулезная сыпь в области верхней конечности
Fig. 1. Macular and papular lesions on the upper extremities

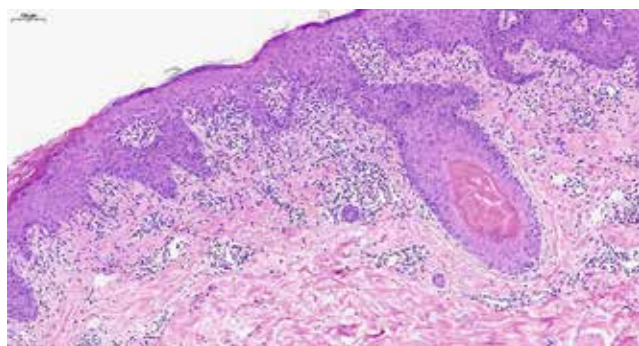


Рис. 2. Изменения в эпидермисе — акантоз, чередование участков пара- и ортокератоза, перифолликулярный паракератоз, окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$
Fig. 2. Changes in the epidermis — acanthosis, alternating areas of para- and orthokeratosis, perifollicular parakeratosis, staining by hematoxylin and eosin, $\times 100$

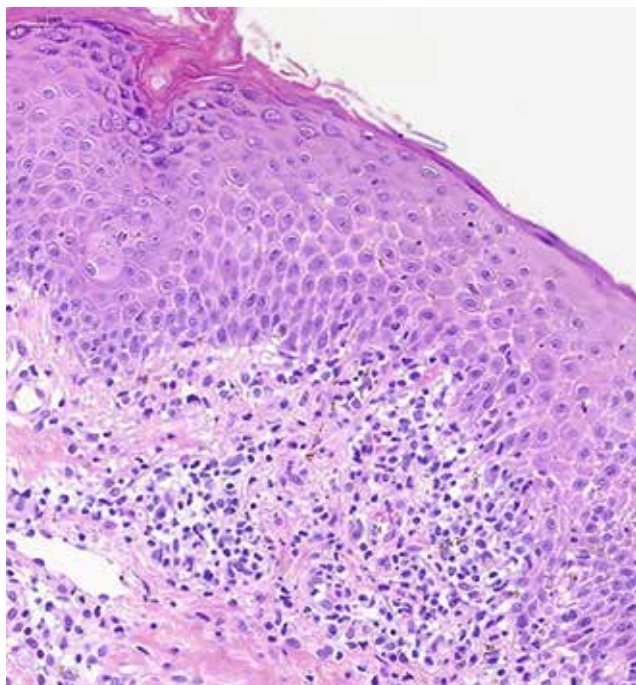


Рис. 3. Периваскулярный лимфогистиоцитарный инфильтрат дермы, окраска гематоксилином и эозином, $\times 200$
Fig. 3. Perivascular lymphoid dermal infiltrate, staining by hematoxylin and eosin, $\times 200$

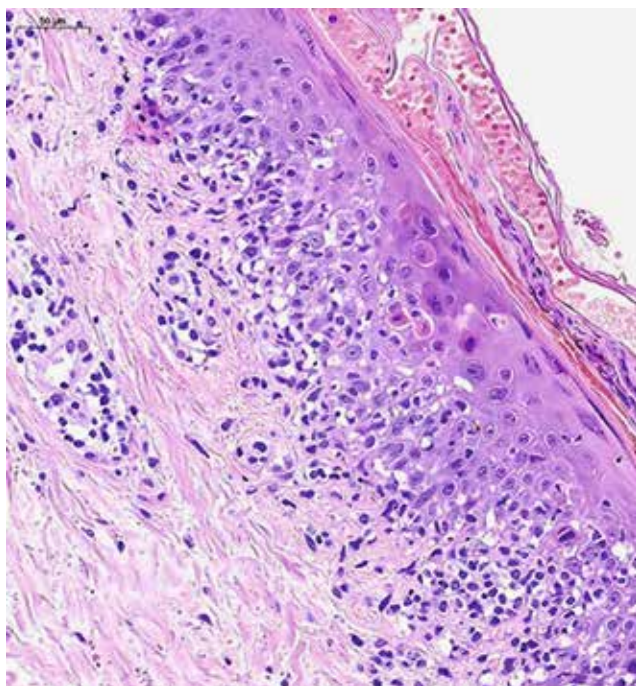


Рис. 4. Тельца Сиватта в эпидермисе, окраска гематоксилином и эозином, $\times 200$
Fig. 4. Civatte bodies presence in epidermis, staining by hematoxylin and eosin, $\times 200$

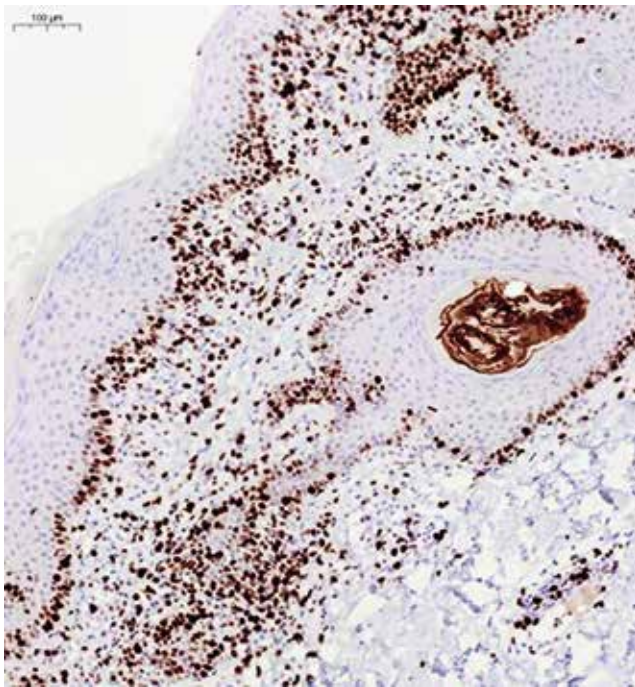


Рис. 5. Иммуногистохимическое исследование с антителами к Ki-67, ×100
Fig. 5. Ki-67 immunovisualization in affected skin, ×100

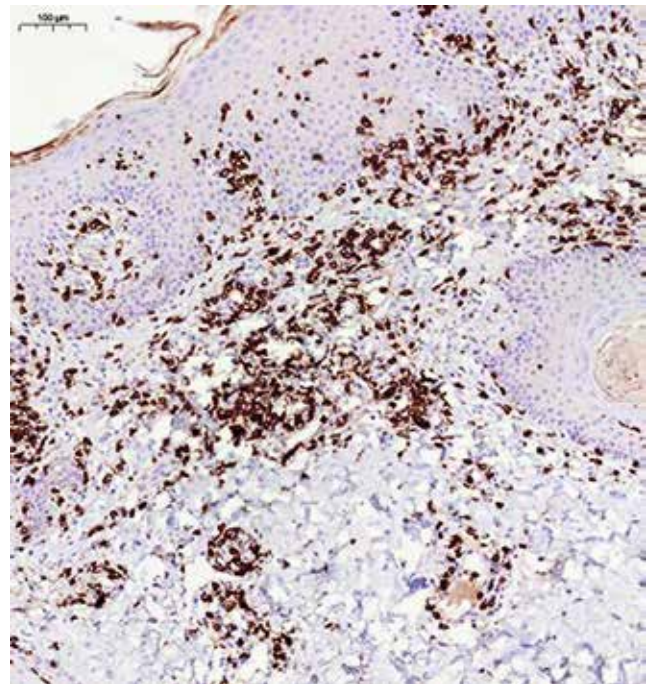


Рис. 7. Иммуногистохимическое исследование с антителами к клеткам CD8+, ×100
Fig. 7. CD8+ cells immunovisualization, ×100

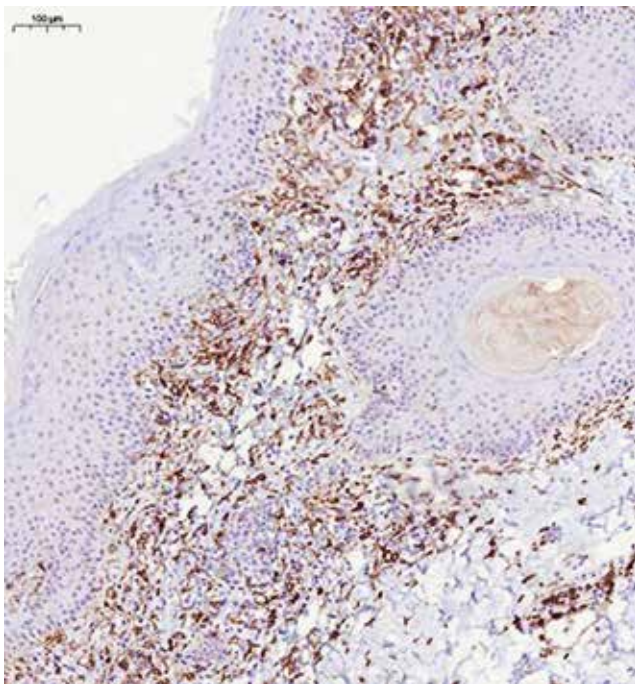


Рис. 6. Иммуногистохимическое исследование с антителами к клеткам CD4+, ×100
Fig. 6. CD4+ cells immunovisualization, ×100

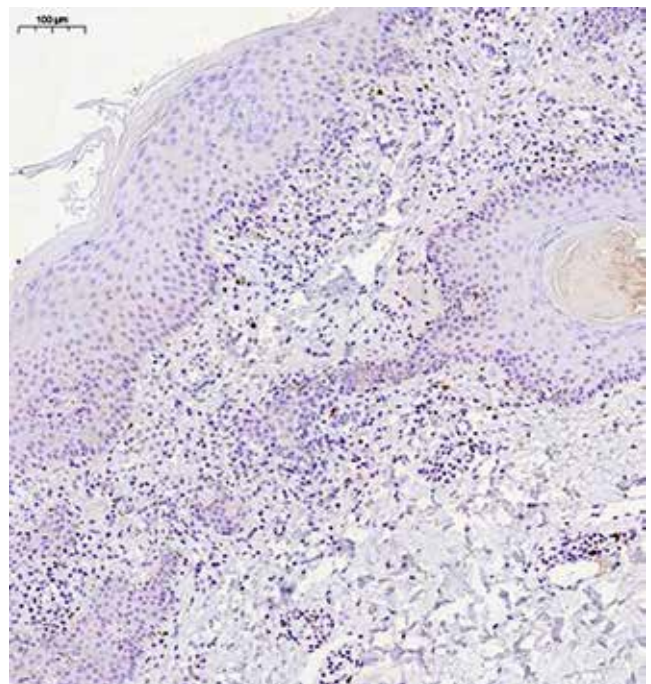


Рис. 8. Иммуногистохимическое исследование с антителами к CD20, ×100
Fig. 8. Immunostaining by anti-CD20 antibodies, ×100

чение: клиническая картина заболевания, обнаруженные морфологические изменения в коже и результаты иммуногистохимического исследования в наибольшей степени соответствуют атипичной форме красного волосяного лишая Девержи.

Обсуждение

Известно, что вирусы, такие как вирус герпеса и ВИЧ, могут стать причиной развития красного волосяного отрубевидного лишая Девержи. Однако описания случаев развития этого заболевания в связи с инфекцией SARS-CoV-2 в доступной нам литературе мало

[5, 6]. В связи с разнообразием кожных проявлений, сопровождающих течение коронавирусной инфекции, рекомендуется проводить дифференциальную диагностику заболеваний кожи при помощи иммуногистохимических исследований на выявление пролиферации иммунокомпетентных клеток.

Заключение

При выявлении у пациента болезни Девержи на фоне лихорадки и интоксикационного синдрома представляется обоснованным рекомендовать обследование на SARS-CoV-2. ■

Литература/References

1. Мартынов А.А., Власова А.В. Клинический случай течения буллезного пемфигоида на фоне вакцинации против коронавирусной инфекции (COVID-19). Вестник дерматологии и венерологии. 2021;97(4):107–112. [Martynov AA, Vlasova AV. A case of bullous pemphigoid following COVID-19 vaccination. Vestn. Dermatol. Venereol. 2021;97(4):107–112 (In Russ.)]. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1244>
2. Recalcati S. Cutaneous manifestations in COVID-19: a first perspective. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34(5):212–213. doi: 10.1111/jdv.16387
3. Tan SW, Tam YC, Oh CC. Skin manifestations of COVID-19: A worldwide review. JAAD Int. 2021;2:119–133. doi: 10.1016/j.jdin.2020.12.003
4. Wang D, Chong VC, Chong WS, Oon HH. A Review on Pityriasis Rubra Pilaris. Am J Clin Dermatol. 2018;19(3):377–390. doi: 10.1007/s40257-017-0338-1
5. Aguilar-Gamboa FR, Cubas-Alarcon D, Villegas-Chiroque M, Failoc-Rojas VE. Pityriasis rubra pilaris post-infection due COVID-19: case report. Colomb Med (Cali). 2021;52(1):7014577. doi: 10.25100/cm.v52i1.4577
6. Kadylak D, Barańska-Rybak W. Acute postinfectious pityriasis rubra pilaris as a cutaneous manifestation in COVID-19: a case report and its dermoscopic features. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021;35(10):622–624. doi: 10.1111/jdv.17424

Участие авторов: все авторы несут ответственность за содержание и целостность всей статьи. Концепция и дизайн исследования — Т.Г. Рукша, В.А. Хоржевский; сбор и обработка материала — Е.В. Окладникова, К.В. Котова, В.А. Хоржевский; написание текста — Е.В. Окладникова; редактирование — Т.Г. Рукша.

Authors' participation: all authors approved the final version of the article and responsible for the integrity of all parts of the article. Concept and design of the study — Tatiana G. Ruksha, Vladimir A. Khorzevsky; collection and processing of material — Evgeniya V. Okladnikova, Kseniya V. Kotova, Vladimir A. Khorzevsky; text writing — Evgeniya V. Okladnikova; editing — Tatiana G. Ruksha.

Информация об авторах

***Рукша Татьяна Геннадьевна** — д.м.н., профессор, зав. кафедрой; адрес: Россия, 660022, г. Красноярск, улица Партизана Железняка, д. 1; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8142-4283>; eLibrary SPIN: 180361; e-mail: tatyana_ruksha@mail.ru

Окладникова Евгения Владимировна — к.м.н., доцент; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1909-222X>; eLibrary SPIN: 1220-9302; e-mail: farmasis@yandex.ru

Котова Ксения Витальевна — ассистент; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9868-5017>; e-mail: ksuhry@mail.ru

Хоржевский Владимир Алексеевич — к.м.н.; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9196-7246>; e-mail: vladpatholog@yandex.ru

Information about the authors

***Tatiana G. Ruksha** — MD, Dr. Sci. (Med), Professor; address: 1 Partizana Zheleznyaka street, 660022, Krasnoyarsk, Russia; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8142-4283>; eLibrary SPIN: 180361; e-mail: tatyana_ruksha@mail.ru

Evgenia V. Okladnikova — MD, Cand. Sci. (Med.), associated professor; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1909-222X>; eLibrary SPIN: 1220-9302; e-mail: farmasis@yandex.ru

Kseniya V. Kotova — MD, assistant lecturer; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9868-5017>; e-mail: ksuhry@mail.ru

Vladimir A. Khorzhevskii — MD, Cand Sci. (Med.); ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9196-7246>; e-mail: vladpatholog@yandex.ru

Статья поступила в редакцию: 25.05.2022

Принята к публикации: 23.06.2022

Дата публикации: 15.06.2022

Submitted: 25.05.2022

Accepted: 23.06.2022

Published: 15.06.2022