

Стойкий гнойный акродерматит Аллопо в сочетании с ограниченным вульгарным псориазом

Е. В. Соколовский, Г. Н. Михеев, А. А. Гордеева

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России
197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8

Описан случай редкого варианта пустулезного псориаза с поражением дистальных фаланг кистей и стоп по типу стойкого гнойного акродерматита Аллопо в сочетании с ограниченным вульгарным псориазом. Особенности данного наблюдения являются наличие у пациентки двух форм одного заболевания, трудности подбора терапии ввиду отягощенного коморбидного фона. Приведены данные литературы, посвященные клинической картине и особенностям течения стойкого гнойного акродерматита. Предложен вариант лечения системными ретиноидами и наружными средствами, содержащими бетаметазона дипропионат в сочетании с кальципотриолом.

Ключевые слова: **стойкий гнойный акродерматит Аллопо, пустулезный псориаз, ацитретин, бетаметазона дипропионат, кальципотриол.**

Контактная информация: ka6as@yandex.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2017; (3): 63—67.

Acrodermatitis continua suppurativa Hallopeau in combination with localized psoriasis vulgaris

E. V. Sokolovskiy, G. N. Mikheev, A. A. Gordeeva

First Pavlov State Medical University of St. Petersburg
L. Tolstogo str., 6/8, Saint Petersburg, 197022, Russia

A clinical case of a rare form of pustular psoriasis, known as “acrodermatitis continua suppurativa Hallopeau” is described. The involvement of the distal phalanges of the fingers and toes in combination with localized psoriasis vulgaris is observed. Specific features of this case are the presence of two different forms of the disease and comorbidities, that limits treatment options. The article provides current data on the clinical features and management of acrodermatitis continua suppurativa Hallopeau. An acceptable personalized treatment with systemic retinoids and topical substances containing betamethasone dipropionate and calcipotriol has been proposed.

Key words: **acrodermatitis continua suppurativa Hallopeau, pustular psoriasis, acitretin, betamethasone dipropionate, calcipotriol.**

Corresponding author: ka6as@yandex.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2017; 3: 63—67.

■ Стойкий гнойный акродерматит Аллопо — редкая форма пустулезного псориаза, при котором поражаются преимущественно концевые фаланги пальцев кистей и стоп [1, 2]. Характеризуется появлением плоских стерильных сливающихся гнойничковых высыпаний, приводящих со временем к дистрофическим изменениям дистальных фаланг. Течение заболевания хроническое, с частыми стойкими рецидивами [2, 3]. Первое сообщение о стойком акродерматите принадлежит Н. Crocker (1888). Позже F. Hallopeau (1890) [1] и R. Sutton (1911) подробно описали заболевание. F. Hallopeau рассматривал его как особый вариант герпетиформного импетиго Гебры [1]. F. Kogoj (1962), W. Lever (1975) подчеркивали отсутствие гистологических различий между пустулезным псориазом и акродерматитом Аллопо [6]. Некоторые авторы продолжают считать процесс самостоятельным заболеванием [4]. Большинство дерматологов обоснованно относят его к варианту пустулезного псориаза и отмечают упорное течение и рефрактерность к проводимой терапии [4—6]. Стойкий гнойный акродерматит может развиваться в любом возрасте, однако поражаются преимущественно женщины среднего возраста [7]. Дерматоз дебютирует после травмы или ограниченного воспалительного процесса в области ногтевой фаланги [7]. В развитии и течении заболевания имеют значение семейный анамнез, иммунологические нарушения, образ жизни. Клинически различают пустулезную, везикулезную и эритематосквамозную формы заболевания [2, 3]. Пациенты предъявляют жалобы на выраженные боли в пораженных зонах. Гистологическая картина имеет следующие особенности: наличие мелких подкожных пустул, деструкция верхних отделов шиповатого слоя с массивной инфильтрацией нейтрофильными гранулоцитами и образованием спонгиозных пустул Когоя, гиперкератоз, очаговый паракератоз, инфильтрирующий акантоз, хронический, преимущественно лимфогистиоцитарный инфильтрат в дерме [8]. Диагноз устанавливают на основании характерной клинической картины, данных гистологического исследования, результатов посева содержимого пустул. В качестве терапии применяют системные ретиноиды, циклоспорин, метотрексат, фотохимиотерапию, биологические генно-инженерные препараты [8—17]. При отсутствии вторичного инфицирования назначение антибактериальной терапии нецелесообразно, так как может привести к генерализации гнойного процесса. Наружное лечение включает прокалывание стерильной иглой, смазывание анилиновым красителем, в дальнейшем используют глюкокортикостероидные кремы сильного действия [13—17]. Описаны случаи эффективного применения средств, содержащих кальципотриол [16, 17], а также его комбинацию с глюкокортикостероидным гормоном

(бетаметазона дипропионатом) [13]. Прогноз данного заболевания при назначении адекватной терапии благоприятный. Отсутствие лечения, нерациональная терапия (частое применение антибактериальной терапии, препаратов с белковыми компонентами и др.) приводят к ониходистрофии и остеолиту концевых фаланг, генерализации процесса и трансформации в пустулезный псориаз (тип Цумбуша) [14].

Представляем наблюдение пациентки с пустулезным псориазом, протекающим по типу стойкого гнойного акродерматита Аллопо, в сочетании с ограниченным вульгарным псориазом, у которой удалось добиться положительного эффекта при лечении ацитретином. Пациентка, 63 года, находилась на обследовании и лечении в клинике кафедры дерматовенерологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова с 22 марта по 8 апреля 2016 г. В семейном анамнезе — псориаз (у отца и старшей сестры). Имеет длительный стаж курения. Считает себя больной с 2010 г., когда после травмы I пальца левой стопы появились гиперемия и отечность в околоногтевой зоне, беловатое отделяемое из-под заднего ногтевого валика, резкая приступообразная боль в области дистальной фаланги. В течение последующих полутора лет наблюдалась хирургом амбулаторно с диагнозом паронихия I пальца левой стопы. Проводимое лечение (местная хирургическая обработка, системная антибактериальная терапия) положительного эффекта не давало. В сентябре 2012 г. была направлена на консультацию в онкологический центр, где произвели биопсию кожи пораженной фаланги. Гистологическое заключение — плоскоклеточный рак кожи. В связи с этим в октябре 2012 г. была выполнена ампутация I пальца левой стопы. В марте 2013 г. впервые на коже разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей появились высыпания в виде эритематозных, слабо шелушащихся, незначительно инфильтрированных бляшек, не сопровождавшихся субъективными ощущениями. В марте, ноябре 2013 г. и феврале 2014 г. находилась на стационарном лечении в НИИ медицинской микологии им. П. Н. Кашкина с диагнозом распространенный экссудативный псориаз, прогрессирующая стадия. Дистальные фаланги пальцев кистей и стоп в этот период не были поражены. Получала узкополосную средневолновую УФ-терапию (2 курса: суммарно 8,2 Дж/см в 2013 г. и 19,5 Дж/см в 2014 г.), дезинтоксикационную, наружную терапию с положительным терапевтическим эффектом.

В октябре 2014 г. был выявлен инвазивный протоковый рак правой молочной железы, без метастазов. 31 октября 2014 г. выполнена радикальная мастэктомия. После выписки постоянно принимает рекомендованный онкологом препарат тамоксифен в дозе 20 мг/сут. В феврале 2015 г. возникли гнойничковые высыпания на коже концевой фаланги III пальца

правой кисти. Амбулаторное лечение у хирурга с диагнозом паронихия III пальца правой кисти не принесло положительного эффекта. В марте 2015 г. повторно госпитализирована в НИИ им. П. Н. Кашкина с диагнозом распространенный экссудативный псориаз, прогрессирующая стадия. Назначена детоксикационная и наружная терапия, а также преднизолон в суточной дозе 40 мг. По запросу лечащих врачей биоптат кожи ампутированного в 2012 г. I пальца левой стопы был направлен на кафедру патологической анатомии СЗГМУ им. И. И. Мечникова для экспертной оценки. Гистологическое заключение: картина в большей степени соответствует псориазу. В июне 2015 г. была поражена дистальная фаланга III пальца правой стопы. С июля 2015 г. пациентка лечилась амбулаторно в Ленинградском областном кожно-венерологическом диспансере (КВД) с диагнозом ограниченный псориаз кистей, экссудативная форма. Был отменен преднизолон, после чего пациентка отметила появление гнойничковых высыпаний в околоногтевой зоне I и II пальцев правой стопы. В течение 5 мес. (июль—ноябрь 2015 г.) получала инъекции препарата методжект в дозе 10 мг/нед., наружно — кремы с глюкокортикостероидами. Лечение не сопровождалось отчетливой положительной динамикой. В январе—феврале 2016 г. была консультирована дерматологом в городском КВД, где впервые был установлен диагноз распространенного вульгарного псориаза с поражением ногтевых фаланг (пустулезная форма) по типу акродерматита Аллопо. Инъекции методжекта были отменены, назначена наружная терапия (мазь Дайвобет, затем крем Дайвонекс). В феврале 2016 г. самостоятельно обратилась на прием к дерматологу ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова и была госпитализирована в клинику для обследования и лечения. В феврале 2016 г. находилась на стационарном лечении в клинике кафедры дерматовенерологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова с диагнозом пустулезный псориаз с поражением концевых фаланг I, II, III пальцев правой стопы, III пальца правой кисти по типу хронического акродерматита Аллопо. Ограниченный вульгарный псориаз с поражением кожи локтей, ладоней и подошв. Выполнены цитологическое и бактериологическое исследования отделяемого из-под заднего ногтевого валика I пальца правой стопы. Результат: «клеточный состав свидетельствует о затяжном воспалительном процессе без признаков злокачественности». При микроскопии мазка, окрашенного по Граму, обнаружены расположенные отдельно друг от друга грамположительные кокки 20—30 в поле зрения. По результатам пересмотра гистологических препаратов от 2012 г. получено следующее заключение: значительный гиперкератоз, очаговый паракератоз, инфильтрирующий акантоз, множество мелких подроговых пустул, деструкция верхних отде-

лов шиповатого слоя, инфильтрация нейтрофильными гранулоцитами с образованием спонгиозных пустул Когоя; встречаются лимфоциты и гистиоциты, под эпидермисом выраженный хронический инфильтрат, преимущественно лимфоцитарный, встречаются плазматические клетки и гистиоциты. Картина соответствует пустулезному псориазу.

При рентгенологическом исследовании I пальца правой стопы — признаки диффузного остеопороза с кистовидными просветлениями. В дистальном отделе ногтевой фаланги признаки остеолита (в латеральном отделе). В клинике больной проводили инфузионную терапию (раствор реополиглюкина, 30% раствор натрия тиосульфата), наружно — мазь Дермовеит. Была выписана через 3 нед. с умеренным положительным эффектом в виде уменьшения гиперемии околоногтевой зоны, уменьшения количества отделяемого из-под ногтевых валиков пораженных фаланг. Повторная госпитализация больной в марте 2016 г. При объективном обследовании: со стороны внутренних органов без патологических изменений. При осмотре: поражение кожи — ограниченное. На коже туловища, разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей, в области коленных и локтевых суставов единичные розово-красные милиарные папулы. В области локтевых суставов единичные эритематозно-сквамозные бляшки диаметром до 3 см, с незначительным шелушением и положительными симптомами «псориатической триады». Пораженные ногтевые фаланги булавоподобно утолщены, деформированы. Полностью поражены дистальные фаланги III пальца правой кисти и III пальца левой кисти, I пальца правой стопы, а также околоногтевая зона дистальных фаланг II и III пальцев правой стопы. Кожа в этих местах блестящая, умеренно гиперемирована, слабо инфильтрирована, отечна, имеются слоистые гнойные корки, эрозии на месте вскрывшихся пустул (рис. 1, 2). Ногтевые пластины пораженных фаланг правой кисти частично разрушены, полностью отсутствуют на I, II пальцах правой стопы. При надавливании на задние ногтевые валики I пальца правой стопы и III пальца правой кисти появляется небольшое количество густого отделяемого беловатого цвета. Показатели клинического, биохимического анализов крови и общего анализа мочи без патологических изменений. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек патологии не выявило. Пациентка длительно страдает аутоиммунным тиреоидитом, по заключению эндокринолога показаний для медикаментозной терапии нет. Ввиду незначительного эффекта от местного лечения, ограниченных возможностей подбора терапии, наличия онкологического заболевания в анамнезе начата терапия ацитретинном в дозе 20 мг/сут. Наружно на область пораженных фаланг — 1 раз в день обработка раствором хлоргексидина биглюконата 0,05%



Рис. 1. Кожа дистальной фаланги гиперемирована, слабо инфильтрирована, ногтевая пластина отсутствует. По периферии ногтевого ложа капли густого отделяемого желтовато-белого цвета, гнойные корки; на верхушке фаланги — эрозия на месте вскрывшейся пустулы



Рис. 2. Кожа дистальных фаланг умеренно гиперемирована, слабо инфильтрирована, отечна; на месте вскрывшейся пустулы — эрозия; ногтевые пластинки отсутствуют, всю поверхность ногтевого ложа занимают слоистые гнойные корки.

и последующее нанесение геля Ксамиол. 29.03.2016 г. больная была представлена на заседании Санкт-Петербургского научного общества дерматовенерологов имени В. М. Тарновского. После выписки терапия продолжена под наблюдением врачей клиники. Через месяц в связи с недостаточным терапевтическим эффектом и хорошей переносимостью доза ацитретина была увеличена до 30 мг/сут. При следующем плановом осмотре через месяц отмечается положительная динамика: отчетливое уменьшение гиперемии и отека пораженных фаланг, отсутствие пустул, уменьшение количества отделяемого из-под ногтевых валиков, регресс болевого синдрома в области пораженных фаланг. Проявления вульгарного псориаза на коже туловища и конечностей регрессировали. Больной было рекомендовано продолжить наружную терапию и прием ацитретина в прежней дозе с регулярным контролем клинического и биохимического анализов крови.

Заключение

Стойкий гнойный акродерматит Аллопо в настоящее время считают редким вариантом пустулезного псориаза. Заболевание характеризуется длительным упорным течением, трудностями в подборе терапии. На коже дистальных фаланг пальцев кистей и стоп на фоне блестящей гиперемированной кожи непрерывно рецидивируют плоские сливающиеся пустулы, которые в течение короткого времени подсыхают в слоистые корки. Выбор комбинированного препарата, содержащего бетаметазон дипропионат и кальципотриол, обусловлен неэффективностью предшествовавшей разнообразной наружной терапии, а также указанием на случай успешного применения данного средства при пустулезной форме псориаза в зарубежной публикации [13]. Назначение системного ретиноида ацитретина и наружной терапии комбинированным препаратом (кальципотриол и топический стероид) у больной привело к хорошему терапевтическому результату. ■

Литература

- Hallopeau F. H. Sur une asphyxie locale des extremités avec polydactylite suppurative chronique et poussees ephemerés de dermatite pustuleuse disseminée et symétrique. *Bull Soc Fr Dermatol Syph* 1890; 1: 39—45.
- Mashkilleysan A. L. The treatment of skin diseases. A guide for physicians. M: Medicine; 1990. [Машкиллейсон А. Л. Лечение кожных болезней. Руководство для врачей. М: Медицина; 1990.]
- Kalamkaryan A. A. et al. Rare atypical dermatoses. *Clin dermatol. Yerevan: Hayastan*; 1989. [Каламкарян А. А. и соавт. Редкие атипичные дерматозы. Клин дерматол. Ереван: Айастан; 1989.]
- Terletskiy O. V. Psoriasis. Differential diagnosis of rare dermatoses similar to psoriasis. Therapy. Saint-Petersburg; DEAN; 2007. [Терлецкий О. В. Псориаз. Дифференциальная диагностика псориазоподобных редких дерматозов. Терапия. СПб: ДЕАН; 2007.]
- Gluckman S. J., Heyman W. Diagnosis: acrodermatitis continua of Hallopeau. *Clin Infect Dis* 2001; 32: 505.
- Verbenko E. V. et al. About the connection of Hebra's herpetiform impetigo to pustular psoriasis. *Vestn dermatol venerol* 1990; (1): 63—66. [Вербенко Е. В. и соавт. Об отношении герпетиформного импетиго Гебры к пустулезному псориазу. Вестн дерматол венерол 1990; (1): 63—66.]
- Rosenberg B. E., Strober B. E. Acrodermatitis continua. *Dermatol Online J* 2004; (3): 9.
- Mozzanica N., Cattaneo A. The clinical effect of topical calcipotriol in acrodermatitis continua of Hallopeau. *Br J Dermatol* 1998; 138: 556.
- Sehgal V. N. et al. Acrodermatitis continua of Hallopeau: evolution of treatment options. *Int J Dermatol* 2011; (10): 195—211.
- Sopkovich J. A., Anetakis P. G., Wong H. K. Acrodermatitis continua of hallopeau successfully treated with adalimumab. *J Clin Aesthet Dermatol* 2012; 5: 60.
- Samsonov V. A., Chistyakova I. A. Efficacy of Tigason in patients with different dermatoses. *Vest dermatol venerol* 1992; (6): 29—33. [Самсонов В. А., Чистякова И. А. Эффективность тигасона у больных различными дерматозами. Вестн дерматол венерол 1992; (6): 29—33.]
- Warren E. W., Khanderia U. Use of retinoids in the treatment of psoriasis. *Clin Pharm* 1989; (5): 344—51.
- Dimitrios Sotiriadis et al. Acrodermatitis continua of Hallopeau on toes successfully treated with a two-compound product containing calcipotriol and betamethasone dipropionate. *J Dermatol Treatment* 2007; (5): 315-18.
- Abbas M., Holfeld K. et al. Pustular psoriasis complicated with acute generalized exanthematous pustulosis. *J Dermatol Case Rep.* 2014; (2): 42—5.
- Skripkin Y. K., Kubanova A. A. et al. Synthetic retinoids: new stage in the treatment of severe dermatoses. *Vestn dermatol venerol* 1994; (2): 3—6. [Скрипкин Ю. К., Кубанова А. А. и др. Синтетические ретиноиды: новый этап в лечении тяжелых дерматозов. Вестн дерматол венерол 1994; (2): 3—6.]
- Rodionov A. N. Calcipotriolum — the new pathogenetic direction in the treatment of psoriasis. *Vestn dermatol venerol* 1998; (5): 14—22. [Родионов А. Н. Кальципотриол — новое патогенетическое направление в терапии псориаза. Вестн дерматол венерол 1998; (5): 14—22.]
- Bakhlykova E. A., Filimonkova N. N. et al. Pustular psoriasis: patients life quality and methods of treatment. *Practical medicine* 2014; (8): 27—31. [Бахлыкова Е. А., Филимонкова Н. Н. и др. Пустулезный псориаз: качество жизни пациентов и методы терапии. Практическая медицина 2014; (8): 27—31.]

об авторах: ▶

Е. В. Соколовский — д.м.н., профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии с клиникой ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Г. Н. Михеев — к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии с клиникой ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

А. А. Гордеева — врач-интерн кафедры дерматовенерологии с клиникой ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье