

УДК 616.5-002.1+616-03+616-039.1+616.9

**В.Б. Сем'янчук, О.Б. Синоверська,
О.Л. Цимбаліста, З.В. Вовк, О.С. Бобрикович**

Клінічний випадок папульозного акродерматиту або синдрому Джанотта–Крості

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Modern Pediatrics. Ukraine. (2023). 1(129): 95-98. doi 10.15574/SP.2023.129.95

For citation: Semianchuk VB, Synoverska OB, Tsymbalista OL, Vovk ZV, Bobrykovych OS. (2023). A clinical case of infantile papular acrodermatitis or Gianotti-Crosti syndrome. Modern Pediatrics. Ukraine. 1(129): 95-98. doi 10.15574/SP.2023.129.95.

Синдром Джанотті–Крості — це різновид інфекційної екзантеми. Характеризується появою мноморфних папул від кольору шкіри до рожево-червоного кольору. Найчастіше локалізується на обличчі, сідницях і розгинальних поверхнях кінцівок. З часом висипання спонтанно зникає, а лікування є симптоматичним. На даний час патофізіологічні зміни залишаються не до кінця з'ясованими. Зрозуміло, що він представляє імунологічну відповідь на перенесену віремію або бактеріємію, можливо, реакцію гіперчутливості уповільненого типу.

Мета — ознайомити лікарів із критеріями папульозного акродерматиту для своєчасної діагностики та коректної тактики лікування.

Клінічний випадок. Описано клінічний випадок синдрому Джанотта–Крості в дитини віком 2 роки, який розвинувся після перенесеного інфекційного мононуклеозу. Батьки звернулися зі скаргами на наявність висипань на обличчі, кінцівках, сідницях протягом 6 тижнів, а також виражений неспокій та свербіння шкіри. Протягом усього часу дитина проходила обстеження в різних спеціалістів. Альтернативні діагнози: atopічний дерматит, харчова алергія, глистяна інвазія. Протягом лікування дитині призначено місцеві цинко-вмісні середники, системні та місцеві глюкокортикостероїди, противірусні препарати, антибактеріальну терапію, антигістамінні препарати, сорбенти, пробіотики, тричі курс дегельмінтизації. Лікування не давало позитивного терапевтичного ефекту.

Висновки. Синдром Джанотті–Крості найчастіше зустрічається в дитячому віці. На даний момент вважається самообмеженим захворюванням, яке не потребує специфічного лікування. Останні дослідження показали, що синдром частіше асоціюється з різноманітними вірусними і бактеріальними збудниками. Однак відсутність знань щодо папульозного акродерматиту призводить до безпідставних тривалих обстежень і лікувань дітей.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: діти, папульозний акродерматит, синдром Джанотта–Крості, вірусна екзантема.

A clinical case of infantile papular acrodermatitis or Gianotti–Crosti syndrome

V.B. Semianchuk, O.B. Synoverska, O.L. Tsymbalista, Z.V. Vovk, O.S. Bobrykovych

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Gianotti–Crosti syndrome is a kind of infectious exanthem. That is characterized by the appearance of monomorphic papules, which colour may be from the skin colour to pink-red ones. The most typical location is on the face, buttocks and extensor surfaces of the limbs. Over time, the rash disappears spontaneously and the medical treatment becomes symptomatic. Currently, the pathophysiological changes are not still thoroughly studied. It is clear that the syndrome represents an immunological response to the previous viremia and bacteraemia; perhaps, it is the delayed-type hypersensitivity reaction.

Purpose — to acquaint doctors with criteria of the papular acrodermatitis for a timely diagnostic and a correct treatment strategy.

Clinical case. There was a described clinical case of Gianotti–Crosti syndrome in a child of 2. The parents had complained about rashes on the face, limbs, buttocks for 6 weeks. The severe restlessness and itching of the skin had been present. During the whole time, the child was examined by various specialists. Alternative diagnoses were: an atopic dermatitis, a food allergy, a worm infestation. The child was prescribed local zinc-containing agents, systemic and local glucocorticosteroids, antiviral drugs, antibacterial therapy, antihistamines, sorbents, probiotics and a three-time course of deworming in the process of the treatment. The treatment have not had a positive therapeutic effect.

Conclusions. Gianotti–Crosti syndrome is most common in childhood. At present, we consider it a self-limited disease that does not require specific treatment. Recent studies proved that the syndrome is more commonly associated with a variety of viral and bacterial pathogens. However, insufficient knowledge of papular acrodermatitis may lead to groundless and continuous examinations and treatment of children.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: children, papular acrodermatitis, Gianotti–Crosti syndrome, viral exanthem.

Вступ

Уперше синдром Джанотта–Крості (СДК) описаний у 1955 р. Джанотті в Італії. Він повідомив про захворювання, що характеризується лімфаденопатією, безжовтяничними гепатитом і червоним папульозним висипанням, симетрично розміщеним

на обличчі, сідницях і кінцівках (папульозний акродерматит) [2]. Більшість науковців тоді вважали, що СДК зумовлений інфікуванням вірусним гепатитом В, оскільки виявляли маркери останнього в крові обстежених. Пізніше науковці та лікарі почали використовувати синонім «синдром Джанотті–Крості». Подальші дослідження СДК, проведені в Сполучених

Штатах Америки, довели також вплив вірусу Епштейна–Барра (EBV) [2,5].

Сьогодні відомо, що спровокувати СДК можуть такі інфекційні агенти. Віруси: EBV (основний етіологічний фактор), гепатиту В та С, цитомегаловірус (CMV), респіраторно-синцитіальний, грипу, парагрипу, Коксакі, Екхо, парвовірус В19, герпесвірус (HV) I та VI типу, ротавірус, вірус імунодефіциту людини (ВІЛ). Причому синдром може проявлятися як при первинному інфікуванні, так і при реінфекції. Бактерії: бета-гемолітичний стрептокок групи А, менінгокок, мікоплазма пневмонії, борелія, бартоanelла (хвороба котячих подряпин). Повідомлялося також про СДК після вакцинації, як живими, так і неживими вакцинами [2–4,7].

На сьогодні залишаються не до кінця з'ясовані патофізіологічні зміни, що лежать в основі синдрому СДК. Зрозуміло, що він представляє імунологічну відповідь на перенесену віремію або бактеріємію, можливо, реакцію гіперчутливості уповільненого типу. Відкладення циркулюючих імунних комплексів у дермі може відігравати певну роль [2].

Гістологічна картина СДК неспецифічна. В епідермісі відзначаються незначний акантоз, вогнищевий паракератоз і вогнищевий спонгіоз. Також в епідермісі підвищена кількість клітин Лангерганса.

Клінічна картина. Папульозний акродерматит зазвичай виникає в дітей віком від 3 місяців до 15 років. Випадки для дорослих рідкісні, але можливі.

Переважно хвороба виникає гостро. Висипання часто наростає протягом декількох діб і характеризується появою блідих, рожево-червоних папул від 1 до 10 мм або папуловезикул, які локалізуються симетрично над розгинальними поверхнями кінцівок, сідниці та обличчя. Кількість уражень коливається від кількох до багатьох. Рідше може з'явитися висипання на тулубі, долонях і підшвах. У дітей часто спостерігається феномен Кебнера (утворення папул у місцях травм і тертя). Окремі папули можуть зливатися, утворюючи більші бляшки. Дуже рідко можуть виникати петехіальні висипання. За декілька діб папули можуть ставати гладкими, ніби полірованими, або мати ліхеноїдний вигляд.

У деяких дітей до появи екзантеми виникає продромальний період із появою таких симптомів: лихоманка (27%), лімфаденопатія

(31%), гепатоспленомегалія (4%), гіперемія слизової ротоглотки, енантема, стоматит.

Діагностичні критерії СДК:

I. Наявність усіх наступних клінічних симптомів:

а) мономорфні, бліді, рожево-червоні папули або папуловезикули з плоскою верхівкою діаметром 1–10 мм;

б) ураження хоча б трьох із таких чотирьох ділянок: щоки, сідниці, розгинальні поверхні передпліч, розгинальні поверхні ніг;

в) симетричне ураження;

г) тривалість не менше 10 діб.

II. Відсутність масивних уражень тулуба.

III. Виключення альтернативних діагнозів.

IV. Характерна гістопатологічна картина при біопсії шкіри [1].

Лабораторні дослідження зазвичай не показані. Аналіз крові може виявити неспецифічні ознаки: лімфоцитоз і відносний моноцитоз або лімфопенія.

У випадках, пов'язаних із гострою інфекцією вірусом гепатиту В, EBV або CMV, може спостерігатися підвищення рівня печінкових. Вірусний агент може бути ідентифікований приблизно в третині випадків. Якщо є підозра на певну інфекційну етіологію, тестування може бути спрямоване на пошук потенційного збудника: визначення антитіл, метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), посів із ротоглотки для виявлення стрептококової інфекції [2–4].

Тактика ведення пацієнтів. Оскільки захворювання самостійно минає за 2–8 тижнів, специфічного лікування не потрібно. Зважаючи на етіологічно інфекційний фактор, у рідкісних випадках необхідне лікування вірусного гепатиту В. Якщо причиною виникнення є стрептококова або інша бактеріальна інфекція, можливе призначення відповідного системного антибіотика.

Деяким дітям рекомендована симптоматична терапія для зменшення свербіння та запальних уражень шкіри. Можливе використання емолієнтів у поєднанні з пероральними антигістамінними препаратами. За тяжчого перебігу рекомендовано застосовувати місцеві глюкокортикостероїди або інгібітори кальциневрину [2–4,6].

Мета дослідження — ознайомити лікарів із критеріями папульозного акродерматиту для своєчасної діагностики та коректної тактики лікування.



Рис. 1. Папульозні зливні висипання з ліхнізацією на зовнішній поверхні стегна, гомілки, коліна



Рис. 2. Папульозні рожеві висипання на обличчі

Клінічний випадок

Мама дівчинки віком 2 роки звернулася зі скаргами в дитини на наявність висипань на обличчі, кінцівках, сідницях протягом 6 тижнів; виражений неспокій та свербіння шкіри.

Протягом усього часу дитина проходила обстеження в різних спеціалістів. Альтернативні діагнози: atopічний дерматит, харчова алергія, глистяна інвазія. Дитина та мама (оскільки наявне грудне вигодовування) дотримувалася строгої гіпоалергенної дієти. Постійно застосовувала місцеві середники на основі цинку, які спричинили виражену сухість шкіри та посилили свербіж. Неодноразово використовувала системні та місцеві глюкокортикостероїди. Отримувала противірусні препарати, антибактеріальну терапію, антигістамінні, сорбенти, пробіотики, тричі курс дегельмінтизації. Однак стан був без суттєвої позитивної динаміки. З анамнезу хвороби: напередодні появи висипань були ознаки респіраторної інфекції з помірним шийним лімфаденітом.

З анамнезу життя: дівчинка народилася від II вагітності, що перебігала фізіологічно. Роста і розвивається відповідно до віку. До цього часу не хворіла.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

Під час об'єктивного обстеження на розгинальних поверхнях кінцівок виявлено множинні папульозно-зливні ліхеноїдні бляшки з вираженою сухістю, дрібновисівковим лущенням, екскоріаціями. На обличчі та сідницях — незначні папульозні рожеві висипання (у цих

ділянках мама не застосовувала місцеві середники з цинком) (рис. 1, 2).

Видимі слизові рожеві. Шийні лімфатичні вузли — до 1,5 см у діаметрі, рухомі, не болючі (зі слів мами, дещо зменшилися порівняно з початком захворювання). Носове дихання дещо утруднене. Над легеньми — везикулярне дихання. Тони серця ритмічні. Живіт м'який. Печінка на 1,5 см виступає з-під краю реберної дуги, еластична. Селезінка не збільшена. Сечопускання достатнє. Випорожнення оформлені.

За даними загального аналізу крові напередодні огляду: гемоглобін — 127 г/л, лейкоцити — $11,2 \times 10^9$ /л, швидкість осідання еритроцитів — 7 мм/год, лейкоцитарна формула відповідно до віку. За результатами попередніх обстежень періодично у крові відмічено лейкоцитоз за рахунок лімфоцитозу, іноді моноцитоз. Загальний аналіз сечі — у межах норми. У калі на початку лікування виявлено яйця аскарид. Алерготестування на харчові, побутові, пилкові алергени методом імуноферментного аналізу (ІФА) не виявили сенсibiliзації. За даними ультразвукового дослідження (УЗД) щитоподібної залози: варіант вікової норми. УЗД органів черевної порожнини: печінка збільшена на 1,5 см, структура однорідна, ізоехогенна. Селезінка — у межах вікової норми.

Проведено додаткові обстеження: ПЛР до EBV та EBV IgM позитивні; ПЛР до CMV, HVI, VI типів, гепатит В, ІФА на ВІЛ — від'ємні.

Дитині встановлено діагноз — «Папульозний акродерматит, синдром Джанотта–Крості. Стан після перенесеного інфекційного мононуклеозу, зумовленого EBV-інфекцією». Рекомендовано використовувати емолієнти для зволоження шкіри тривало, перорально антигістамінні

для зменшення свербіння. Стан дитини поступово поліпшувався. Висипання зникло за 2 тижні.

Класичний СДК часто плутають з іншими захворюваннями шкіри. Його слід диференціювати з медикаментозною алергією, ускладненням саркоїдозу, папульозною кропив'ячкою після укусу комах, контактним дерматитом, ліхеноїдним парасоріазом, пурпурою Шенлейна–Геноха, лангергансоклітинним гістіоцитозом, кільцеподібною гранульою. Іноді вирішальною у встановленні діагнозу є біопсія шкіри [3,6].

Папульозний акродерматит нерідко зустрічається серед дітей після перенесеної інфекції, але через необізнаність лікарів часто не діагностується, а сприймається як прояв алергії, глистяної інвазії, інших шкірних захворювань тощо. В описаному клінічному випадку діагностичний пошук був тривалим через використання місцевих засобів, які видозмінили характер висипання і зумовили запідозрити інші шкірні захворювання.

Висновки

Описані у статті клінічні критерії допоможуть лікарю запідозрити СДК у разі появи перших елементів висипань. Також важливим критерієм у встановленні діагнозу є відсутність ефекту від елімінаційної дієти, а також від застосування антигістамінних препаратів і місцевих глюкокортикостероїдів. Адже вищепи-сана тактика лікування дає суттєвий позитивний ефект щодо проявів атопічного дерматиту або харчової алергії. Додаткові лабораторні загальноклінічні та інструментальні дообстеження проводяться для диференційної діагностики та виключення супутньої патології за потреби. Вчасна діагностика дає змогу уникнути виснажливих тривалих дієт, зайвих обстежень і застосування поліпрагмазії.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

1. Chuh A, Zavar V, Sciallis GF. (2015). The diagnostic criteria of pityriasis rosea and Gianotti–Crosti syndrome — a protocol to establish diagnostic criteria of skin diseases. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*. 45 (3): 218–225.
2. Drago F, Javor S, Ciccarese G. (2016). Gianotti–Crosti syndrome as presenting sign of cytomegalovirus infection: A case report and a critical appraisal of its possible cytomegalovirus etiology. *Journal of clinic virology*. 78: 120–122.
3. Imoto RR, Uber M, De Carvalho VO. (2019). Papular crusted rash in a child after immunisation. *Archives of Disease in Childhood*. 104 (7): 706.
4. Kliegman R, Geme JSt. (2019). *Nelson Textbook of Pediatrics*. Elsevier: 4264.
5. Pedreira RL, Leal JM, Silvestre KJ. (2016). Gianotti–Crosti syndrome: a case report of a teenager. *Anais Brasileiros Dermatologia journal*. 91 (5): 163–165.
6. Stojkovic–Filipovic J, Skiljevic D, Brasanac D. (2016). Gianotti–Crosti syndrome associated with Epstein–Barr virus and Parvovirus B-19 coinfection in a male adult: case report and review of the literature. *Italian Journal of Dermatology and Venereology*. 151: 106–107.
7. Usachova OV. (2017). The role of enterovirus infections in the development of exanthematous disease in children: clinical and epidemiological features and the possibilities of drug correction. *Sovremennaya pediatriya*. 5 (85): 19–24. [Усачова ОВ. (2017). Роль ентеровірусних інфекцій у розвитку екзантемних захворювань у дітей: клініко-епідеміологічні особливості, можливості медикаментозної корекції. *Современная педиатрия*. 5 (85):19–24]. doi: 10.15574/SP.2017.85.19.

Відомості про авторів:

Сем'янчук Віра Богданівна — к.мед.н., доц. каф. дитячих хвороб післядипломної освіти Івано-Франківського НМУ. Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2. <https://orcid.org/0000-0002-3631-9799>.

Синоверська Ольга Богданівна — д.мед.н., проф. каф. дитячих хвороб післядипломної освіти Івано-Франківського НМУ. Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2. <https://orcid.org/0000-0003-1072-3782>.

Цимбаліста Ольга Леонтівна — д.мед.н., проф. каф. дитячих хвороб післядипломної освіти Івано-Франківського НМУ. Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2. <https://orcid.org/0000-0003-3038-7050>.

Вовк Зоряна Василівна — к.мед.н., доц. каф. дитячих хвороб післядипломної освіти Івано-Франківського НМУ. Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2. <https://orcid.org/0000-0001-8342-2572>.

Бобрикович Ольга Сергіївна — к.мед.н., доц. каф. дитячих хвороб післядипломної освіти Івано-Франківського НМУ. Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2. <https://orcid.org/0000-0002-6095-3319>.

Стаття надійшла до редакції 24.11.2022 р., прийнята до друку 07.02.2023 р.