

Asimetrični perifleksuralni eksantem otroške dobe (APEC)

Strokovni članek /
Professional article

Asymmetric periflexural exanthema of childhood (APEC)

Anja Kopitar, Mateja Starbek Zorko

Izvleček

Asimetrični perifleksuralni eksantem otroške dobe (APEC) je benigna, samoomejujoča kožna bolezen, ki jo uvrščamo med parainfekcijske eksanteme. Prizadene predvsem predšolske otroke. Za bolezen je značilna enostranska razporeditev izpuščaja, ki se značilno prične v predelu pregiba telesa. Diagnozo postavimo na podlagi klinične slike. Bolezen največkrat poteka brez simptomov in spontano izzveni v 3–6 tednih. Specifično zdravljenje ali napotitev k dermatologu nista potrebna. V prispevku predstavljamo 2 klinična primera bolezni APEC, ki sta bila obravnavana na Dermatološki kliniki v Ljubljani. Dodajamo osnovna dejstva o bolezni.

Ključne besede: eksantem, parainfekcijski, otrok, diagnosticiranje, zdravljenje.

Abstract

Asymmetric periflexural exanthema of childhood (APEC) is a benign, self-limiting skin disease that belongs to the group of parainfectious exanthema. It mainly affects preschool children. The disease is characterised by a unilateral distribution of the rash, which typically begins in the flexor region of the body. The diagnosis is made on the basis of the clinical picture. The disease is usually asymptomatic and resolves spontaneously within 3–6 weeks. No specific treatment or referral to a dermatologist is required. In this article, we present two clinical cases of APEC referred to the outpatient clinic of the Dermatovenerology Clinic in Ljubljana and add basic facts about the dermatosis.

Keywords: exanthema, parainfectious, child, diagnosis, treatment.



SLIKA 1. APEC PRI 2-LETNEMU OTROKU.
FIGURE 1. APEC IN A 2-YEAR OLD CHILD.



SLIKA 2. RAZŠIRJEN IZPUŠČAJ PO LEVEM SPODNJEM UDU.
FIGURE 2. EXTENSIVE RASH ON THE LEFT LOWER EXTREMITY.

Uvod

Asimetrični perifleksuralni eksantem otroške dobe (APEC) je benigna, samo-omejujoča kožna bolezen, ki prizade ne predvsem predšolske otroke. Opis bolezni se je prvič pojavil v literaturi leta 1962 pod naslovom »Nov papularni eksantem otroštva.« Takrat je Brunner s sodelavci pri 75 otrocih opisoval pojav eritematozno makulopapuloznega izpuščaja z izstopajočo enostransko porazdelitvijo kožnih sprememb. Neodvisno od njihovega odkritja je leta 1986 Taieb s sodelavci poročal še o 5 bolnikih s podobnim eksantemom. Leta 1992 sta Bodemer in de Prost na podlagi najpogostejše umeščenosti kožnih sprememb bolezni poimenovala »unilateralni laterotorakalni eksantem«. Leto kasneje je Taieb poročal o obsežnejši seriji bolnikov in predlagal novo poimenovanje bolezni, in sicer »asimetrični perifleksuralni eksantem otroške dobe«, ki bolje povzame različno umeščenost pojava bolezni. V naslednjih letih je nato število poročenih primerov pričelo naraščati (1). Danes

velja APEC za pogosto bolezen v otroški dobi, ki jo uvrščamo v skupino parainfekcijskih eksantemov (2, 3). V prispevku bomo predstavili 2 klinična primera bolezni ter glavne značilnosti bolezni.

Prikaz primera 1

V otroški ambulantni Dermatovenerološke klinike UKC Ljubljana smo v pomladnih mesecih obravnavali 2-letno deklico zaradi 3 tedne trajajočega srbečega izpuščaja. Prve spremembe so opazili v desnem komolčnem pregibu, nove so se nato razširile na oba uda ter trup, predvsem po desni polovici telesa. Na kožne spremembe so lokalno po nasvetu izbranega pediatra nanašali kortikosteroidno mazilo, po čemer se stanje ni izboljšalo. Zaradi srbečice je prejela peroralni antihistaminik. Deklica je pred pojavom izpuščaja predhodno tožila o pekočih mikcijah, predel spolovila so zaradi prisotne blage rdečine lokalno negovali z antimikotičnim mazilom. Vročine ali drugih znakov okužbe v mesecu dni pred

obravnavo pri nas ni imela. Sicer je bila deklica zdrava, brez znanih kroničnih bolezni, brez redne terapije ali potrjenih alergij. Družinska anamneza je bila negativna na kožne ali druge kronične bolezni. V času dekličinih težav ostali družinski člani niso razvili podobnih kožnih sprememb.

Ob pregledu v splošnem kliničnem statusu pri deklici nismo ugotovili pomembnejših odstopanj od normalnega stanja. V dermatološkem statusu je bil pri deklici viden droben rožnat papulozen eksantem po desni strani trupa, desnem zgornjem udu ter v manjšem obsegu na desnem stegnu, kjer smo klinično ob posameznih papulah opazili belkast okolni halo. Eksantem se je mestoma širil na levo polovico telesa, kjer pa je bil klinično bistveno manj izrazit.

Na podlagi anamnestičnih podatkov in kliničnega pregleda smo postavili diagnozo parainfekcijskega izpuščaja, glede na klinično sliko pa je pri deklici šlo za APEC. Specifično zdravljenje ni bilo predpisano, odsvetovali smo nadaljnjo

uporabo kortikosteroidnega mazila. Svetovali smo le uporabo sistemskega antihistaminika kot simptomatsko zdravljenje ob srbečici. Spremembe so v naslednjih nekaj tednih popolnoma izzvenele, sprememb, ki bi ostajale, ob kontrolnem pregledu na koži telesa niso opažali.

Prikaz primera 2

V otroški ambulantni Dermatovenerološke klinike UKC Ljubljana smo v pomladnih mesecih obravnavali skoraj 2-letnega dečka zaradi 10 dni trajajočega izpuščaja. Prve kožne spremembe so se pojavile v predelu leve nadlakti in se nato razširile v levo pazdušno kotanjo, levo polovico trupa ter na zgornji del levega spodnjega uda (Slika 1). Ob pojavu izpuščaja je deček tožil za bolečinami v žrelu. Takrat so mu ob pregledu pri izbranem pediatru potrdili streptokokno angino, zaradi česar je prejemal 10-dnevno empirično peroralno antibiotično zdravljenje. Ob sistemskem antibiotiku so bolečine v žrelu izzvenele, izpuščaj pa se je kljub sistemskemu antibiotiku še naprej širil, eksantemu pa se je pridružila tudi srbečica. Sicer je bil deček zdrav, brez znanih kroničnih bolezni, brez redne terapije ali znanih alergij. V družini je imel sorojenec atopijski dermatitis, vendar v času dečkove bolezni ostali družinski člani niso razvili podobnih kožnih sprememb.

Ob pregledu so bile pri dečku vidne zlivajoče se rožnatordeče papule na porceli podlagi v predelu leve nadlakti, pazduhe, trupa in po bližnjem delu leve noge do vključno kolena (Slika 2). Med ambulantno obravnavo se je deček po prizadeti koži tudi popraskal.

Pri dečku smo klinično postavili diagnozo APEC. Starše smo pomirili in jim predstavili klinični potek bolezni. Svetovali smo obravnavo simptomov s cinkovim tekočim pudrom ter antihistaminikom ob srbečici. Predvideli smo nadaljnje spremljanje pri izbranem

zdravniku, v primeru vztrajanja težav pa ponovno pri nas, a se deček v našo ambulantno ni več vrnil.

Epidemiologija

APEC prizadene predvsem otroke, mlajše od 4 let, najpogosteje med 2. in 3. letom starosti (1, 3–5), čeprav so v literaturi opisani tudi posamezni primeri pojava bolezni pri odraslih (6). Pogosteje se pojavlja pri deklicah (1, 4, 6, 7). Prisotno je sezonsko pojavljanje bolezni z vrhom v pomladnih in poletnih mesecih (6), kar potrjujeta tudi oba naša primera. Včasih so pred pojavom eksantema pri bolnikih prisotni znaki okužbe zgornjih dihal (konjunktivitis, rinoфаринgitis), vročina, znaki okužbe prebavil (7) ali tipno povečane bezgavke (8).

Etiologija

Etiologija bolezni ostaja nepojasnjena kljub večjemu številu postavljenih hipotez. V preteklosti so nastanek bolezni povezovali z virusno ali bakterijsko okužbo, pri čemer niso uspeli potrditi povezave s specifičnim povzročiteljem. V prid virusne etiologije govori starost prizadetih otrok, prisotnost prodromalnih znakov, sezonsko pojavljanje bolezni, neodzivnost na antibiotično zdravljenje ter sekundarni primeri znotraj družin (8). V literaturi so opisani primeri pojava eksantema ob okužbi z virusom influence virusom A, parainfluenzo, adenovirusom, parvo B19, humanim herpes virusom 7 (2), humanim herpes virusom 6, proxivirusom, rubeolo, virusom Sars-CoV-2 (9) in ob reaktiviranju okužbe z EBV (10). Pojavi se lahko tudi po cepljenju (9), opisi ga povezujejo tudi z imunskim primanjkljajem bolnika ob kemoterapiji zaradi levkemije (6, 11). Zaradi centrifugalnega širjenja izpuščaja in področne limfadenopatije bi lahko bil vzrok bolezni inokulacijska dermatozo, kar potrjuje prisotnost purpurne pike,

ki pri nekaterih bolnikih spominja na vbod živali (8). Nenazadnje so predlagali, da je APEC posledica kožne preobčutljivostne reakcije na neznanega povzročitelja (8).

Klinična slika

Značilno se dermatozo najprej pojavi v predelu pregibov telesa, največkrat v predelu pazduhe, vratu, komolčne kotanje ali ingvinalno (3). V naslednjih 2–3 tednih kožne spremembe napredujejo in se centrifugalno razširijo po eni polovici telesa (8). V starejši literaturi so opisovali pogostejšo prizadetost desne strani telesa (4), kar so kasneje ovrgli (8). Kožne spremembe se lahko sčasoma razširijo na nasprotno stran telesa, pri čemer vztraja klinično pomembna asimetrija s hujšo prizadetostjo primarno prizadete polovice telesa (8). Značilno se pojavijo eritematozne diskretne papule v velikosti 2–4 mm, ki lahko ustvarijo skarlatinoformni ali ekcematoidni izgled izpuščaja ter se združujejo v morbiliformne plake z malo dermarkacije (8). Klinično opažamo, da se pri parainfekcijskih eksantemih, tudi pri APEC-u, okoli papul lahko pojavlja značilen belkast ihalo, ki nam pomaga pri postavitvi diagnoze (opomba avtorjev). Bolezen značilno ne prizadene sluzničnih membran (8). Bolnik lahko navaja blago srbečico (9).

Diagnosticiranje

Diagnozo APEC postavimo na podlagi značilne klinične slike. Dodatne preiskave niso potrebne, saj histopatološka preiskava kože pokaže nespecifične spremembe (4). V diferencialni diagnozi moramo vedno pomisliti na medikamentozni, infekcijski in na ostale parainfekcijske eksanteme (npr. Sindrom Gianotti-Crosti). Enostranske spremembe so značilne tudi za t. i. *lichen striatus* (3), redkejše na novo nastale dermatoze (npr. blaschkitis), ne smemo jih zamenjati za enostran-

sko potekajoče prirojene kožne spremembe, kot je npr. vnet epidermalni nevus (*ILVEN*).

Zdravljenje in napoved izida

APEC je benigna, nenalezljiva in samoomezjujoča bolezen, ki največkrat poteka brez simptomov in spontano izzveni v 3–6 tednih. Ob regresiji bolezni je lahko vidna blaga deskvamacija (9). Izjemoma lahko kožne spremembe vztrajajo več kot 8 tednov (4). V literaturi so opisani posamezni primeri ponovitve bolezni (1).

Specifično zdravljenje ni potrebno: zdravimo simptome, če je potrebno (12). Ob srbečici lahko predpišemo sistemski antihistaminik in nanašanje tekočega pudra na spremembe (3). Lokalno zdravljenje s kortikosteroidi ni učinkovito (12).

Zaključek

V prispevku smo predstavili 2 tipična bolnika z APEC, ki smo ju obravnavali v dermatološki ambulanti zaradi enostranskega izpuščaja, ki se je sprva pojavil v bližini pregiba. APEC spada med parainfekcijske izpuščaje in prizadene predvsem predšolske otroke. Diagnozo postavimo na podlagi tipične klinične slike. Bolezen je samoomezjujoča in največkrat spontano izzveni v nekaj tednih, zato lahko bolnike z APEC obravnavamo na primarni ravni zdravstva. Napotitev na dodatno obravnavo k dermatologu je potrebna samo, kadar diagnoza ni jasna ali gre za sum na drugo bolezen.

Literatura

1. Coustou D, Léauté-Labrèze C, Bioulac-Sage P, Labbé L, Taïeb A. Asymmetric perilexural exanthem of childhood: a clinical, pathologic, and epidemiologic prospective study. *Arch Dermatol* 1999; 135: 799–803.
2. Cohen-Sors R, Dadban A, Pezron J, Lok C. Asymmetric perilexural exanthem of childhood and influenza virus infection. *Dermatol Online J* 2020;

26(5). Dosegljivo na: <https://escholarship.org/uc/item/0qw93417>

3. Dragoš V, Starbek Zorko M, Točkova O. Otroške kožne bolezni. In: Kansky A, Miljović J at al. Kožne in spolne bolezni. Ljubljana: Združenje dermatovenerologov, 2009.
4. Harangi F, Várszegi, D, Szücs, G. asymmetric perilexural exanthem of childhood and viral examinations. *Pediatr Dermatol* 1995; 12(2): 112–5.
5. Peker S, Höger PH, Moll I. Unilateral laterothoracic exanthema. Case report and review of the literature. *Hautarzt* 2000; 51: 505–8.
6. Chuh A, Zawar V, Sciallis GF, Kempf W, Lee A. Pityriasis rosea, Gianotti-Crosti syndrome, asymmetric perilexural exanthem, papular-purpuric gloves and socks syndrome, eruptive pseudoangiomatosis, and eruptive hypomelanosis: do their epidemiological data substantiate infectious etiologies? *Infect Dis Rep* 2016; 8(1): 6418.
7. Frieden I. Childhood exanthems. *Curr Op Pediatr* 1995; 7(4): 411–4.
8. Nahm W K, Paiva C, Golomb C, Badiavas E, Laws R. Asymmetric perilexural exanthem of childhood: a case involving a 4-month-old Infant. *Pediatr Dermatol* 2002; 19(5): 461–2.
9. Valencia-Herrera A, Ganoza-Granados L, Camargo-Sánchez K, Chirino-Barceló Y, Toledo-Bahena M. Asymmetrical perilexural exanthem associated with SARS-CoV-2 infection in a paediatric patient. *Acta Dermato-Venerol* 2023; 103.
10. Scheinfeld N. Unilateral laterothoracic exanthema with coincident evidence of Epstein Barr virus reactivation: exploration of a possible link. *Dermatol Online J* 2007; 13: 13.
11. Fort DW, Greer KE. Unilateral laterothoracic exanthem in a child with acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Dermatol* 1998; 15: 51–2.
12. Gelmetti C, Grimalt R, Cambiaghi S, Caputo R. Asymmetric perilexural exanthem of childhood: report of two new cases. *Pediatr Dermatol* 1994; 11(1): 42–5.

Anja Kopitar, dr. med.

Zdravstveni dom Ljubljana, Ljubljana, Slovenija

doc. dr. Mateja Starbek Zorko, dr. med.

(kontaktna oseba / *contact person*)

Dermatovenerološka klinika

Univerzitetni klinični center Ljubljana in

Katedra za dermatovenerologijo

Medicinska fakulteta Ljubljana

Zaloška c. 2, 1525 Ljubljana, Slovenija

mateja.starbekzorko@kclj.si

prispelo / *received*: 7. 8. 2024

sprejeto / *accepted*: 14. 10. 2024

Kopitar A, Starbek Zorko M. Asimetrični perifleksuralni eksantem otroške dobe (APEC). *Slov Pediatr* 2024; 31(4): 188–191. <https://doi.org/10.38031/slovpediatr-2024-4-03>.