

Υποδερματίτιδα και ρευματικά νοσήματα

Δρ. Πηνελόπη Κωνσταντοπούλου
Ρευματολόγος
ΓΝΓ "Γ.Γεννηματάς"

Σύγκρουση συμφερόντων

- Καμία για τη σημερινή διάλεξη

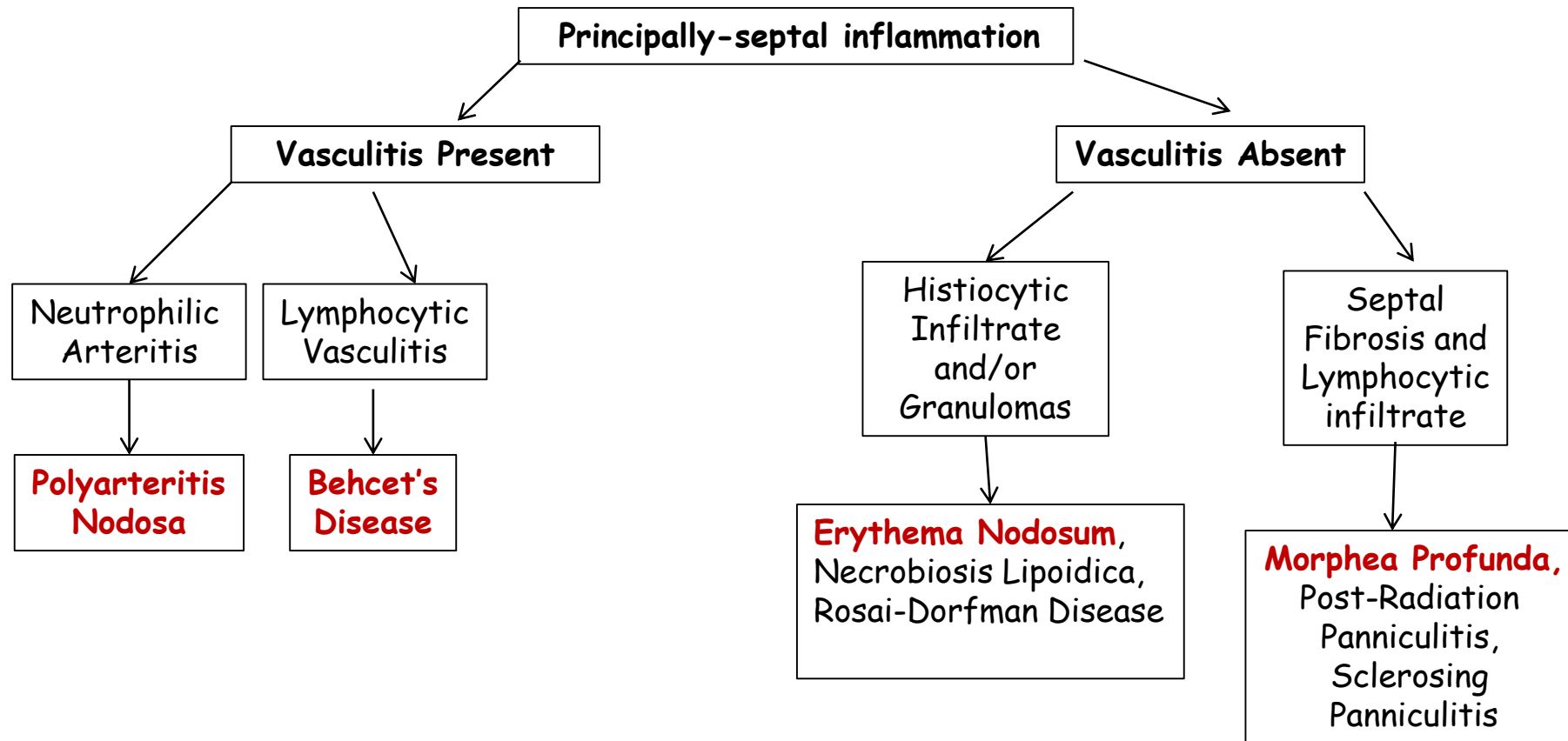
Γιατί η υποδερματίτιδα αποτελεί πρόκληση;

- Μη ειδική κλινική εμφάνιση
- Πληθώρα καταστάσεων την προκαλούν
- Σχετικά σπάνια η ίδια και το ίδιο σπάνια και τα αίτια της
- Ορολογία συγχυτική και παρωχημένη
- Περιορισμένος ο τρόπος που το υποδόριο λίπος μπορεί να απαντήσει στη φλεγμονή (λοβίδια, διάφραγμα, νεύρα, αγγεία)

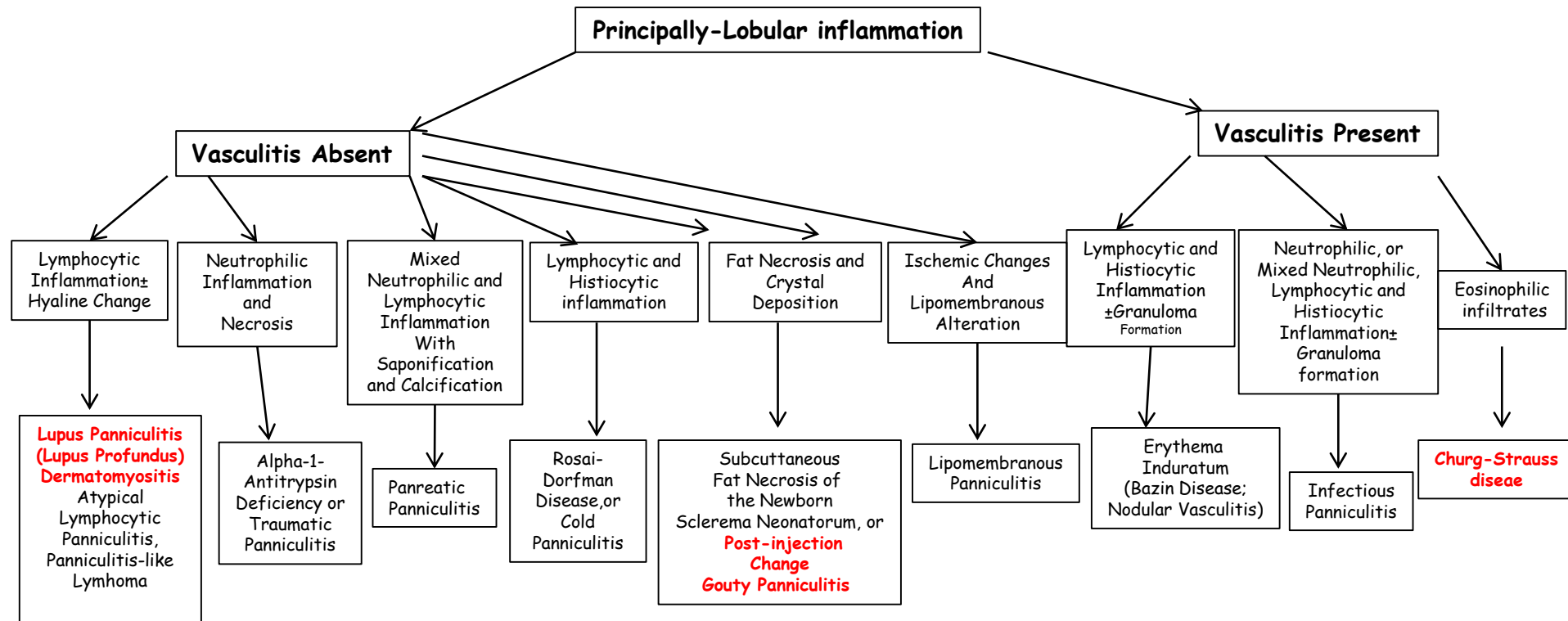
Ιστολογικές παράμετροι που κατευθύνουν τη διάγνωση

- Είναι η παθολογία κυρίως στο λιπώδη ιστό;
- Είναι η υποδερματίτιδα κυρίως διαφραγματική, λοβώδης ή μικτή;
- Από τι αποτελείται το φλεγμονώδες διήθημα (ουδετερόφιλα, λεμφοκύτταρα, ηωσινόφιλα);
- Υπάρχει αγγειίτιδα;
- Υπάρχουν άλλα στοιχεία (νέκρωση, οργανισμοί, κρύσταλλοι, ασβέστιο, ξένο υλικό);

Αλγόριθμος διάγνωσης διαφραγματικής υποδερματίτιδας



Αλγόριθμος διάγνωσης λοβώδους υποδερματίτιδας



Η υποδερματίτιδα στο δερματολογικό ιατρείο

- 40% οζώδες ερύθημα
- 31% μη ειδική υποδερματίτιδα
- 11% υποδερματίτιδα του λύκου
- 7% υποδερματίτιδα από στάση
- 3% τεχνητά προκαλούμενη
- 8% λοιπά

Οζώδες ερύθημα

- Η πιο συχνή μορφή υποδερματίτιδας (διαφραγματικού τύπου)
- Πιο συχνή στις γυναίκες
- Πιο συχνή μεταξύ 2^{ης} και 4^{ης} δεκαετίας
- Επώδυνα θερμά υποδόρια οζίδια κυρίως στην πρόσθια επιφάνεια των κνημών άμφω, αλλά σπανιότερα και σε μηρούς και αντιβράχια (1-5 cm συχνά συρρέοντα)
- Διάρκεια λίγων εβδομάδων με αυθόρμητη υποχώρηση χωρίς έλκη, ουλές ή ατροφία
- Επανέκθυση σε κάποιες περιπτώσεις
- Τύπου IV καθυστερημένη αντίδραση υπερευαισθησίας

Οζώδες ερύθημα:αξιολόγηση του χρώματος

- Αρχικά, οζίδια με ζωηρό έντονο χρώμα ελαφρώς επηρμένα
 - Οι βλάβες αλλάζουν χρώμα τη 2^η εβδομάδα από ζωηρό κόκκινο σε ιώδες
- Κατά τη φάση της απορρόφησης, το χρώμα ξεθωριάζει σε κιτρινωπή ή πρασινωπή απόχρωση
 - Η εξέλιξη του χρώματος είναι χαρακτηριστική κι επιτρέπει τη διάγνωση στο προχωρημένο στάδιο

T Blake, et al. Dermatol Online J 2014;20 (4);22376 (E-publication)(PMID:24746312)

B Passarini, et al. G Ital Dermatol Venereol 2013; 148; 413-417

J Mana, et al. Clin Dermatol 2007;25;288-294

L Requena, et al. Semin Cutan Med Surg 2007; 26; 114-124

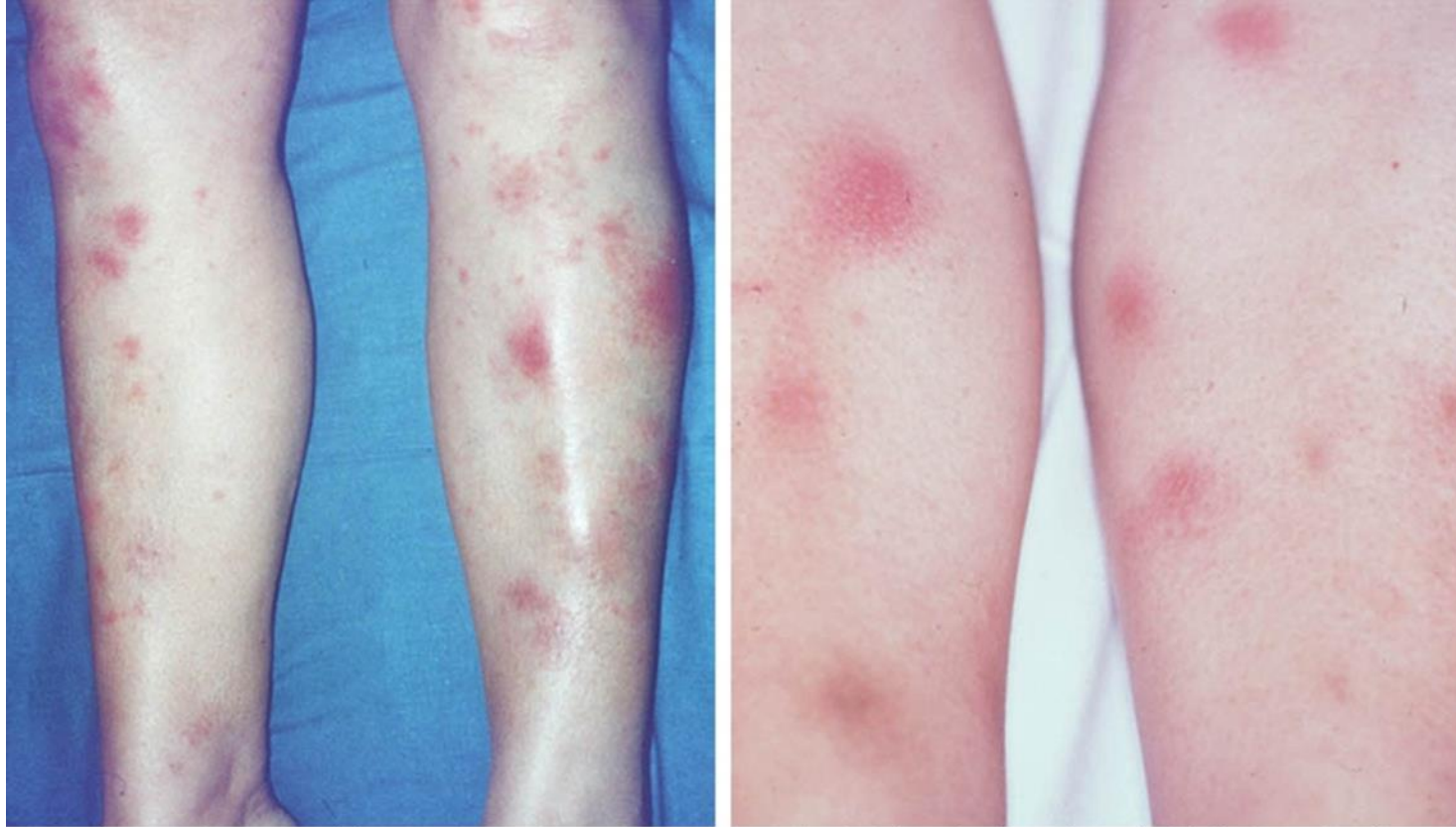
B Cribier, et al. Int J Dermatol 1998; 37; 667-672

Οζώδες ερύθημα: γενικά συμπτώματα

- Συνήθως, πυρετός (38-39°C), κακουχία, κόπωση, αρθραλγίες, κεφαλαλγία, κοιλιακό άλγος, έμετος, βήχας ή διάρροια
- Εμφάνιση αρθραλγιών σε >50% των ασθενών που συνήθως προηγούνται 2-4 εβδομάδες της οξείας φάσης του εξανθήματος, ή ξεκινούν κατά τη διάρκειά της

T Blake, et al. *Dermatol Online J* 2014;20 (4);22376 (E-publication)(PMID:24746312)
B Passarini, et al. *G Ital Dermatol Venereol* 2013; 148; 413-417
J Mana, et al. *Clin Dermatol* 2007;25;288-294
L Requena, et al. *Semin Cutan Med Surg* 2007; 26; 114-124
B Cribier, et al. *Int J Dermatol* 1998; 37; 667-672

Οζώδες ερύθημα



Erythema nodosum. Early lesions show subcutaneous nodules with a bright red color and raised slightly above the skin.

Οζώδες ερύθημα



Erythema nodosum. Lesions change color in the second week from bright red to purplish or bluish. This color evolution is quite characteristic of erythema nodosum and allows a specific diagnosis in late stage lesions.

Table 2. Causes of erythema nodosum

Frequent

Idiopathic (up to 55%)

Infections

Streptococcal pharyngitis (30% to 50%)

Mycoplasma, Chlamydia, Histoplasma, Mycobacteria

Sarcoidosis (10% to 25%)

Drugs (3% to 10%)

Antibiotics, sulfonamides, amoxicillin, oral contraceptives

Pregnancy (2% to 5%)

Enteropathies (1% to 4%)

Rare (< 1%)

Infections

Viral: herpes simplex virus, Epstein-Barr virus

Bacterial: Campylobacter spp, rickettsiae

Parasitic: Amoeba histolytica, Giardia intestinalis

Οζώδες ερύθημα και στρεπτόκοκκος

- Συνήθως, εμφάνιση των δερματικών βλαβών 2 με 3 εβδομάδες μετά από λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού από β- αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας A (↑ASTO) σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες
- Το φαρυγγικό επίχρισμα είναι, συνήθως, αρνητικό κατά την έκθυση του εξανθήματος

Οζώδες ερύθημα και φυματίωση

- Σπάνιος πλέον αιτιολογικός παράγοντας
- Κυρίως, αφορά σε παιδιά και οι δερματικές βλάβες υποδεικνύουν πνευμονική λοίμωξη

T Blake, et al. *Dermatol Online J* 2014;20 (4);22376 (E-publication)(PMID:24746312)

B Passarini, et al. *G Ital Dermatol Venereol* 2013; 148; 413-417

J Mana, et al. *Clin Dermatol* 2007;25;288-294

L Requena, et al. *Semin Cutan Med Surg* 2007; 26; 114-124

B Cribier, et al. *Int J Dermatol* 1998; 37; 667-672

Οζώδες ερύθημα και φάρμακα

- Οι σουλφοναμίδες και τα αντισυλληπτικά αποτελούν τα φάρμακα που πιο συχνά προκαλούν οζώδες ερύθημα
- Ωστόσο, η λίστα είναι πολύ μεγάλη
- Στις περιπτώσεις που ο ασθενής λαμβάνει αντιβιοτικό για κάποια λοίμωξη, είναι δύσκολο να διαχωρήσει κανείς αν φταίει το φάρμακο ή ο λοιμώδης παράγοντας

T Blake, et al. *Dermatol Online J* 2014;20 (4);22376 (E-publication)(PMID:24746312)

B Passarini, et al. *G Ital Dermatol Venereol* 2013; 148; 413-417

J Mana, et al. *Clin Dermatol* 2007;25;288-294

L Requena, et al. *Semin Cutan Med Surg* 2007; 26; 114-124

B Cribier, et al. *Int J Dermatol* 1998; 37; 667-672

Οζώδες ερύθημα και σαρκοείδωση

- Μία απο τις πιο συχνές αιτίες στους ενήλικες ασθενείς
- Στη Βόρεια Ευρώπη, οζώδες ερύθημα, αμφοτερόπλευρη πυλαία λεμφαδενοπάθεια και αρθραλγίες ή αρθρίτιδα συχνά αποτελούν πρώιμες εκδηλώσεις σαρκοείδωσης (Löfgren syndrome).

T Blake, et al. *Dermatol Online J* 2014;20 (4);22376 (E-publication)(PMID:24746312)

B Passarini, et al. *G Ital Dermatol Venereol* 2013; 148; 413-417

J Mana, et al. *Clin Dermatol* 2007;25;288-294

L Requena, et al. *Semin Cutan Med Surg* 2007; 26; 114-124

B Cribier, et al. *Int J Dermatol* 1998; 37; 667-672

Οζώδες ερύθημα και φλεγμονώδης νόσος του εντέρου

- Στους ενήλικες, το οζώδες ερύθημα σε έδαφος εντεροπάθειας σχετίζεται συχνά με έξαρση του νοσήματος
- Μπορεί, όμως, να προηγείται της νόσου
- Σχετίζεται πιο συχνά με ελκώδη κολίτιδα παρά με νόσο του Crohn

T Blake, et al. *Dermatol Online J* 2014;20 (4);22376 (E-publication)(PMID:24746312)

B Passarini, et al. *G Ital Dermatol Venereol* 2013; 148; 413-417

J Mana, et al. *Clin Dermatol* 2007;25;288-294

L Requena, et al. *Semin Cutan Med Surg* 2007; 26; 114-124

B Cribier, et al. *Int J Dermatol* 1998; 37; 667-672

Οζώδες ερύθημα και κακοήθεια

- Δερματικός δείκτης κακοήθειας
- Κυρίως, λεμφώματος ή λευχαιμίας

T Blake, et al. *Dermatol Online J* 2014;20 (4);22376 (E-publication)(PMID:24746312)

B Passarini, et al. *G Ital Dermatol Venereol* 2013; 148; 413-417

J Mana, et al. *Clin Dermatol* 2007;25;288-294

L Requena, et al. *Semin Cutan Med Surg* 2007; 26; 114-124

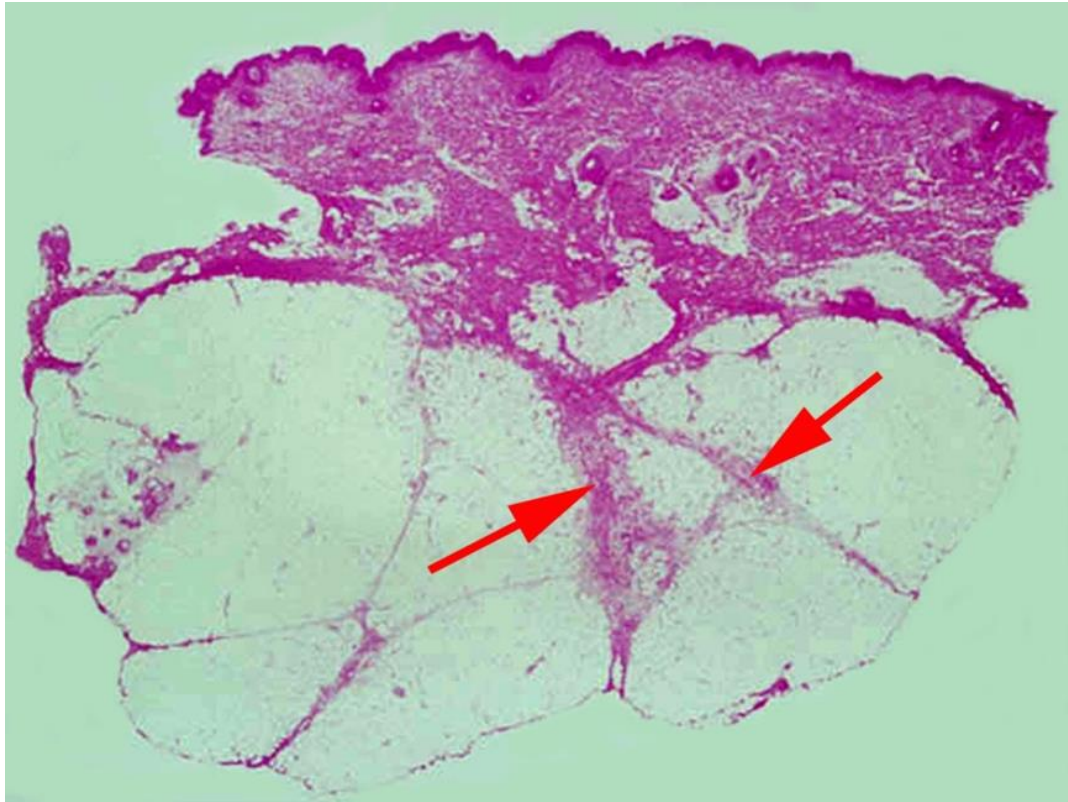
B Cribier, et al. *Int J Dermatol* 1998; 37; 667-672

Εργαστηριακός έλεγχος

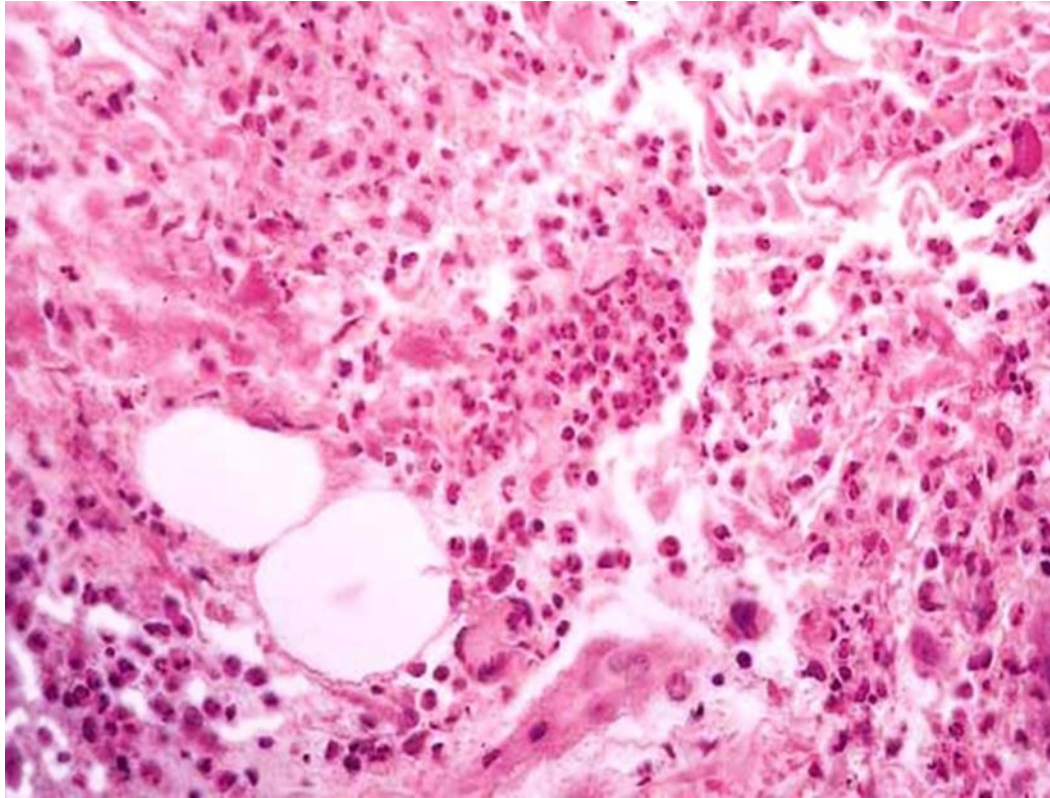
- WBC: κφ ή ↑
- TKE: ↑↑
- RF: —
- α₂ σφαιρίνη: ↑
- ↑ ASTO, αν μεταστρεπτοκοκκικό
- Η βιοψία δεν ενδείκνυται πάντα

Πρώιμο στάδιο βλάβης

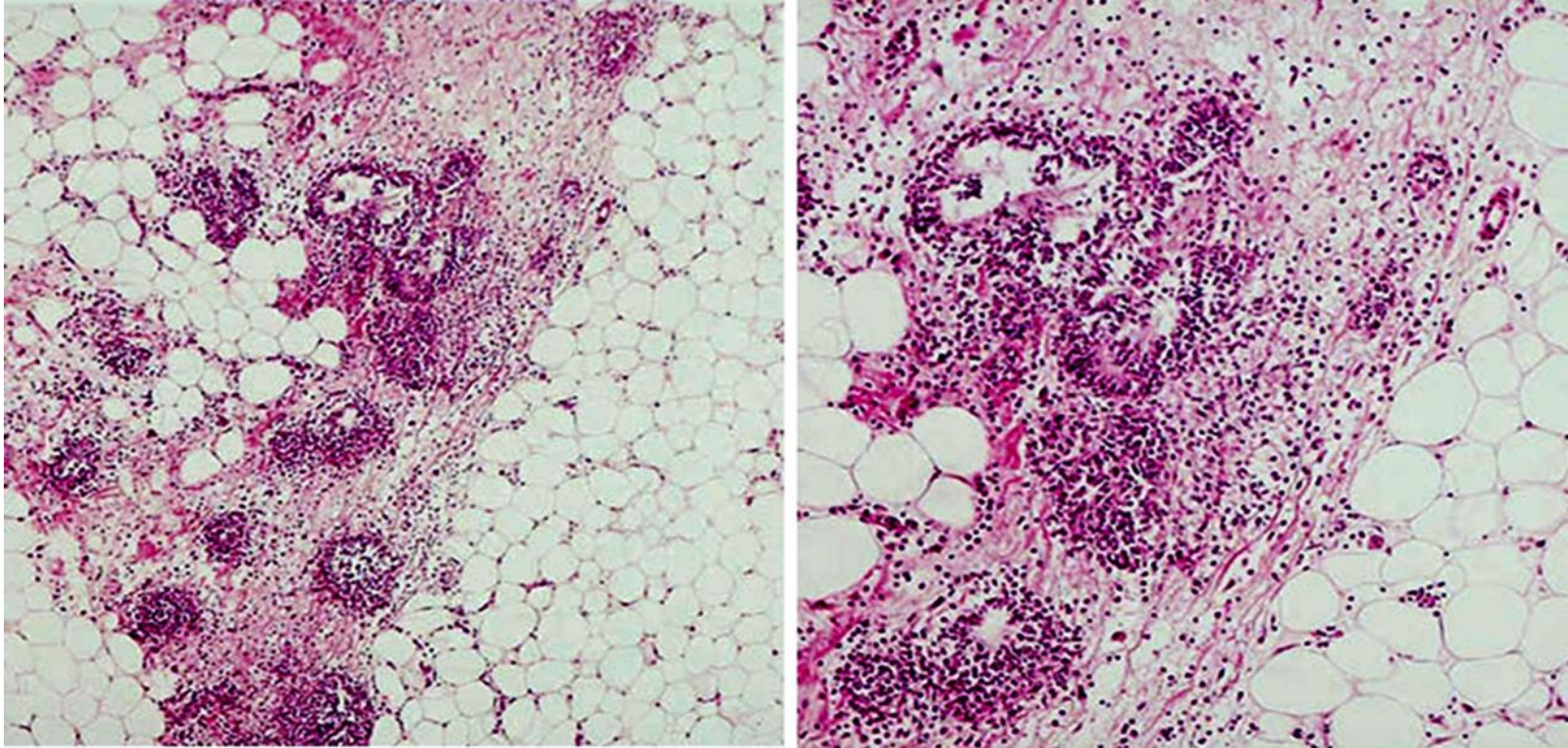
- Οίδημα, αιμορραγία, ουδετερόφιλα είναι υπεύθυνα για την πάχυνση του διαφράγματος.
- **Απουσία αγγειίτιδας**
- 2 ιστοπαθολογικοί τύποι είναι εμφανείς:
 - Διήθηση του διαφράγματος με πολυάριθμα ουδετερόφιλα
 - Ακτινωτά κοκκιώματα Miescher
- Τα ακτινωτά κοκκιώματα Miescher είναι το ιστοπαθολογικό σήμα κατατεθέν του οζώδους ερυθήματος
 - Αποτελούνται από μικρές, καλά καθορισμένες συσσωρεύσεις μικρών ιστοκυττάρων γύρω από μια κεντρική αστεροειδή ή σε σχήμα μπανάνας σχισμή



Erythema nodosum. The inflammatory infiltrate is centered in the septae that separate fat lobules (arrows).



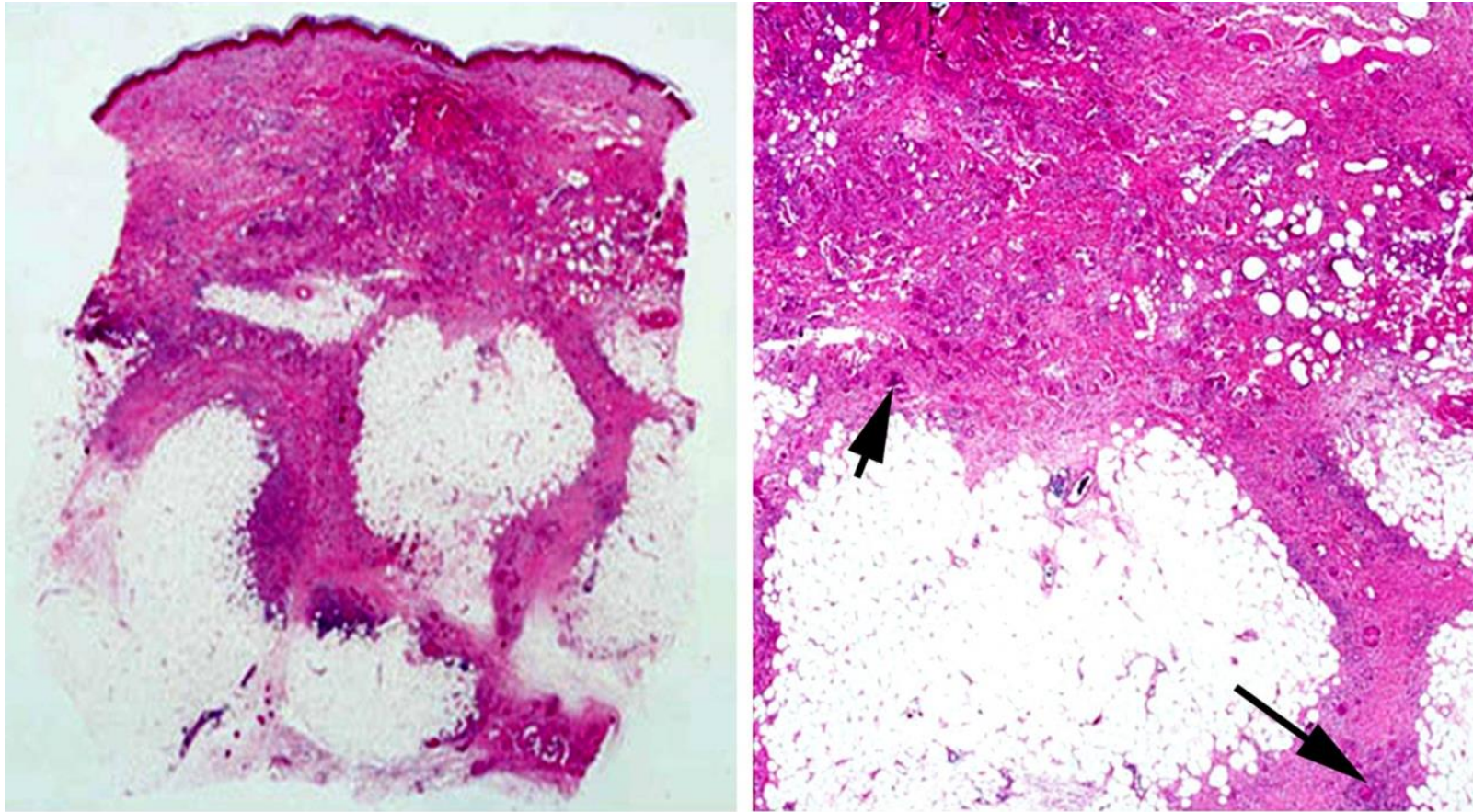
Erythema nodosum. The inflammatory infiltrate of the septa is mostly composed of neutrophils.



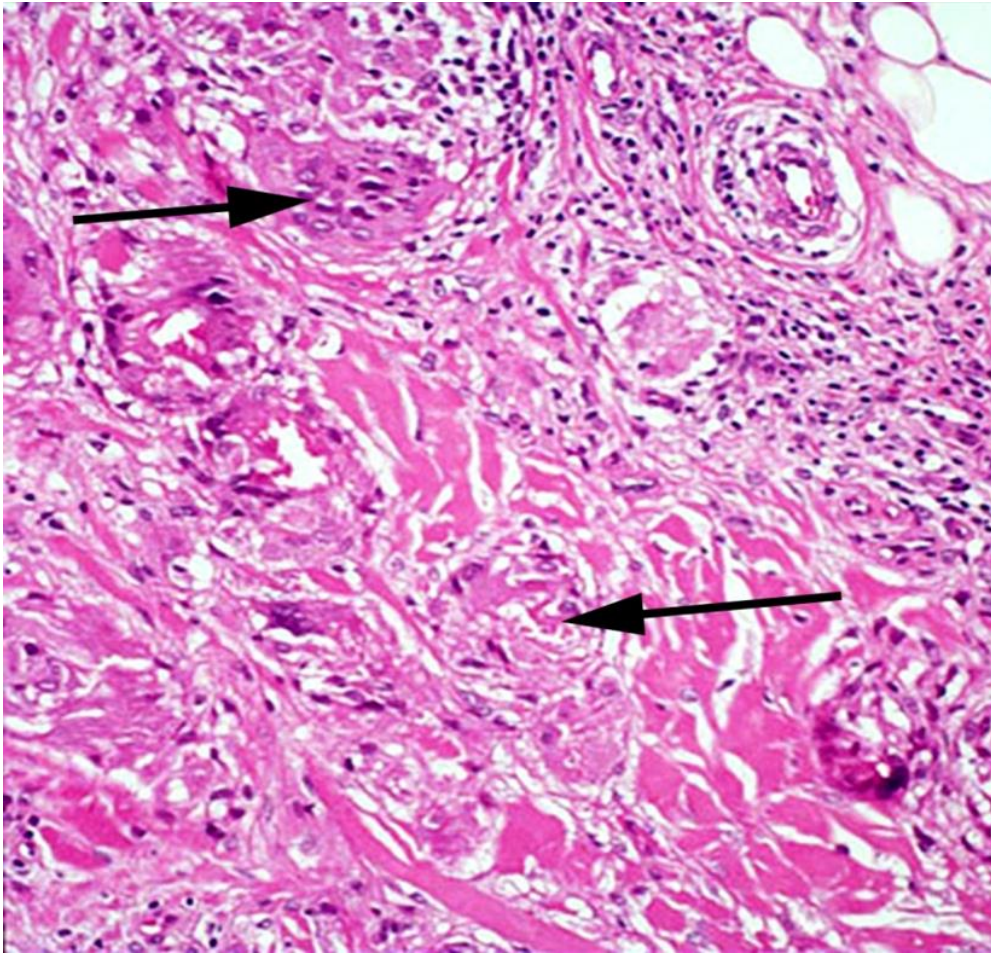
Erythema nodosum. (A) Numerous Miescher radial granulomas involving the septa. (B) Higher magnification shows the characteristic features of radial granuloma, i.e. histiocytes around central clefts of variable shape.

Προχωρημένο στάδιο βλάβης

- Ίνωση, περιδιαφραγματικός κοκκιωματώδης ιστός, λεμφοκύτταρα, ιστιοκύτταρα και πολυπύρρηνα γιγάντια κύτταρα
- Το φλεγμονώδες διήθημα γίνεται αραιό, το διάφραγμα είναι εκσεσημασμένα διευρυσμένο με κοκκιωματώδη ιστό στο σημείο επαφής του συνδετικού ιστού (διάφραγμα) με τα λιπώδη λοβίδια
- Όσο το οζώδες ερύθημα εξελίσσεται, τόσο το διάφραγμα γίνεται ινωτικό και αντικαθιστάται από κοκκιώματα που περιέχουν πολυπύρρηνα γιγάντια κύτταρα



Erythema nodosum - Late stage histologic features. (A) This low power view shows thickened septa. (B) Higher magnification demonstrates the abundant number of multinucleate giant cells in septa (arrows).



Erythema nodosum - Late stage histologic features. Numerous multinucleated giant cells (arrows) are noted in the septa.

Μορφέας

- Η φλεγμονή μπορεί να είναι στο χόριο (τυπικός μορφέας), στο λίπος (υποδόριος μορφέας/βαθύς μορφέας), ή στο λίπος και την περιτονία (βαθύς μορφέας/morphea profunda)
- Συνύπαρξη με ηωσινοφιλική περιτονιίτιδα
- Διαφραγματική υποδερματίτιδα με λεμφοκυτταρικό διήθημα και δερματική και υποδόρια σκλήρυνση
- Τα ιστολογικά ευρήματα είναι συχνά διαγνωστικά, αν και η διάκριση μεταξύ των διαφόρων υποτύπων του μορφέα χρήζει κλινικής συνεκτίμησης

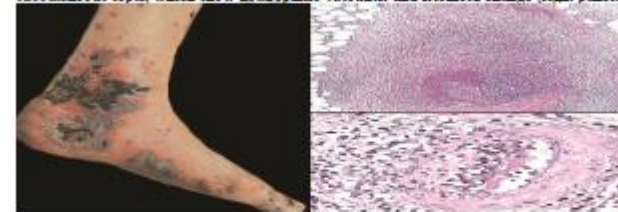
Figure 4: Morphea profunda of the thigh is seen in the upper left panel, manifested by discolored and depressed areas in the skin. Microscopically, it exhibits dense fibrosis of the subcutaneous septa, together with lymphohistiocytic infiltrates (right panels).



Οζώδης πολυαρθρίτιδα (PAN)

- **Κλασσική PAN:** μεσαίου μεγέθους αγγεία- έλκη, νέκρωση, δικτυωτή πελίδνωση, υποδόρια οζίδια που συνήθως ακολουθούν την κατανομή των αρτηριολίων
- Διατοιχωματικά ουδετεροφιλικά διηθήματα των μεγάλων, μεσαίων και μικρών αρτηριών με ινιδοειδή αλλαγή
- **Δερματική PAN:** αρτηριόλια υποδορίου και κατώτερου χορίου- υποδόρια οζίδια και δικτυωτή πελίδνωση
- Δ.Δ οζώδες ερύθημα

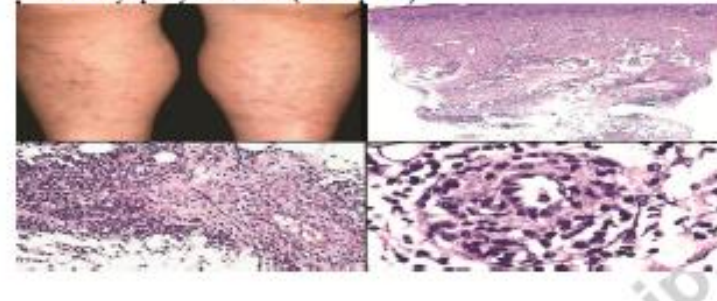
Figure 6: Polyarteritis nodosa (PAN) is shown here, with ulcers and confluent zones of cutaneous induration on the lower legs (left panel). Microscopically, PAN affects large blood vessels in the subcutaneous septa, which show neutrophilic vasculitis and fibrinoid change (right panels).



Νόσος Αδαμαντιάδη-Behcet

- Αφθώδεις βλάβες στόματος και γεννητικών οργάνων, δερματικά έλκη στους ενήλικες, με ή χωρίς επώδυνα εξέρυθρα υποδόρια οζίδια
- Λεμφοκυτταρική αγγειίτιδα κυρίως μικρών αρτηριών και φλεβών χωρίς εναπόθεση ινικής
- Σπάνια, λευκοκυτταροκλαστική φλεβίτιδα αντί των παραπάνω

Figure 7: Behcet's panniculitis (BP) is shown at the top left, with multiple reddish nodules in the subcutis of the lower legs. Microscopically, BP is centered on the subcutaneous septa (top right), and it shows the presence of lymphocytic vasculitis (bottom panels).



Υποδερματίτιδα του λύκου

- Χαρακτηριστικές περιοχές στο πρόσωπο, το τριχωτό, το θώρακα, τους μαστούς, τους βραχίονες, τους γλουτούς, τους μηρούς
- Ενίοτε συνύπαρξη με δισκοειδείς βλάβες
- Περίπου 10% έχει ΣΕΛ
- Το υπερκείμενο δέρμα φαίνεται συχνά καθελωμένο
- Η ατροφία είναι συνηθισμένη και συχνά παραμορφωτική
- Η θεραπεία είναι, συνήθως, τα ανθελονοσιακά





Fig. 1. Residual scarring and subcutaneous atrophy in the back of a patient with lupus panniculitis and overlying discoid lupus erythematosus.



Fig. 2. The same patient as Fig. 1 with a lesion on the lateral aspect of the left arm.



Figure 1. Patient 1. (A) Erythematous and indurated plaques on the cheek and upper lip. (B) Decreased erythema and induration with resulting subcutaneous atrophy after 3 weeks of therapy.

Υποδερματίτιδα του λύκου

- Τα ιστολογικά ευρήματα μπορεί να είναι διαγνωστικά αν υπάρχει υπερκείμενη δισκοειδής βλάβη
- Λοβώδες ή μικτό πρότυπο φλεγμονής με νέκρωση υαλίνης, μυκίνη, λεμφοκύτταρα και λεμφοειδείς θύλακες
- Ο άμεσος ανοσοφθορισμός συχνά θετικός, αλλά συνήθως όχι απαραίτητος
- Δ.Δ Τ- λέμφωμα

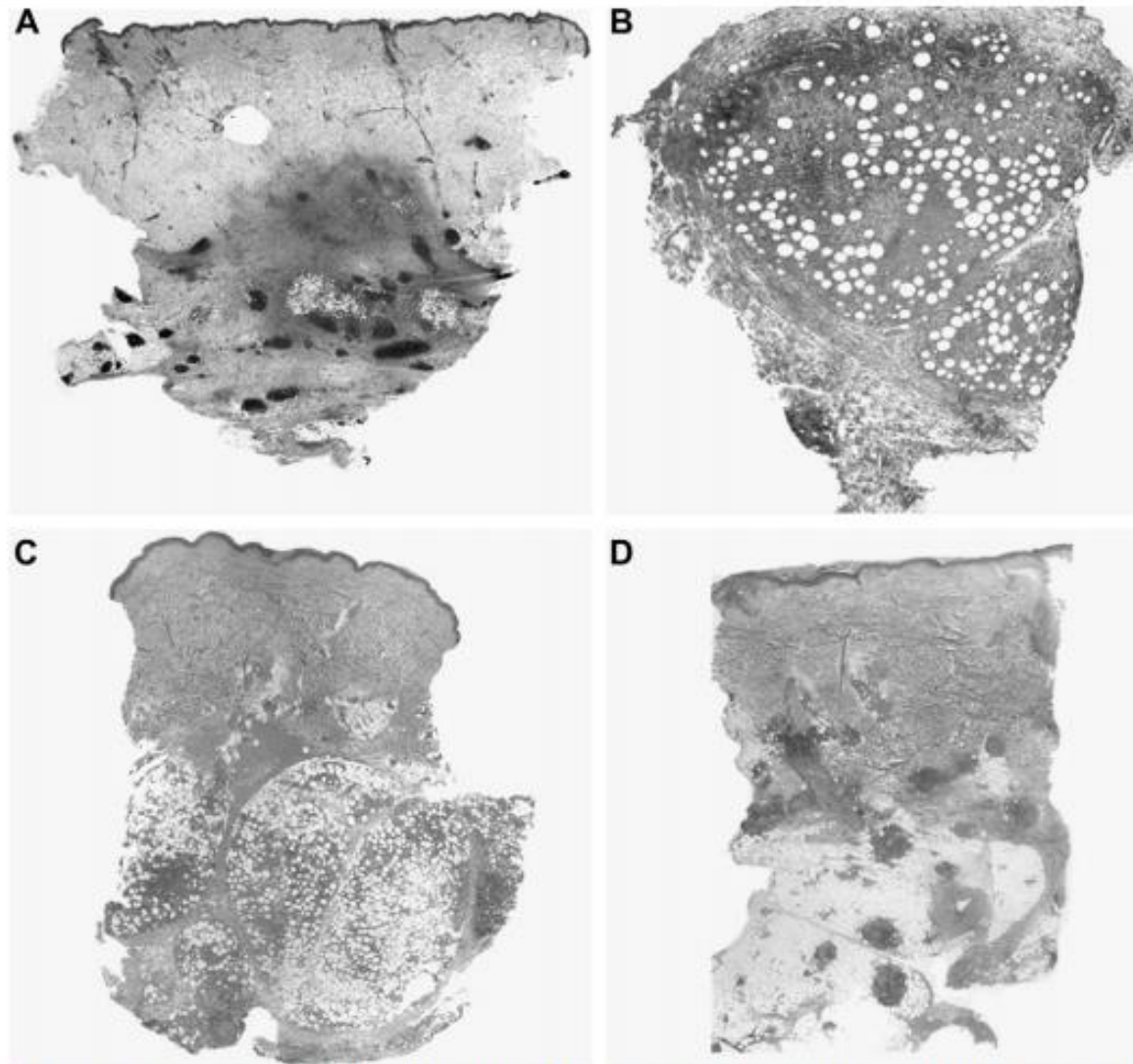


Fig. 3. Scanning power views of different examples of lupus erythematosus panniculitis. (A) Numerous lymphoid follicles and abundant dermal mucin (*top left*). (B) Extensive hyaline fat necrosis (*top right*). (C) Lobular and septal panniculitis with periseptal lymphocytic infiltrate (*bottom left*). (D) Lymphoid follicles and dermal involvement (*bottom right*).

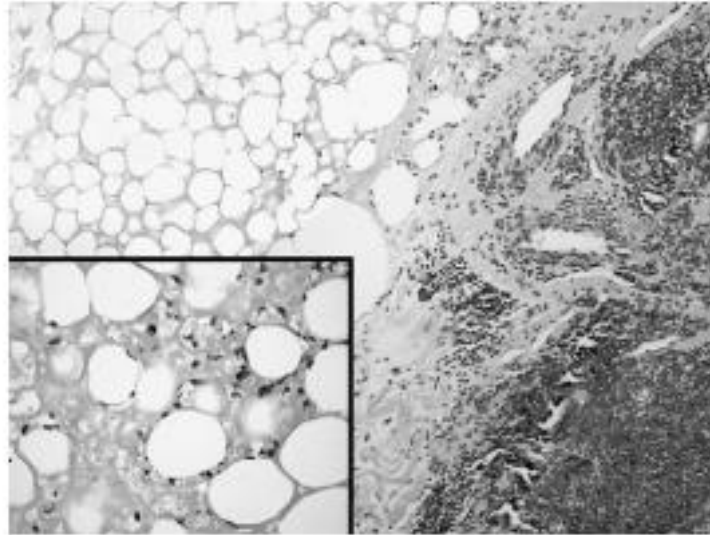


Fig. 4. Hyaline fat necrosis, septal fibrosis, and lymphocytic infiltrate. Karyorrhexis in a necrotic area (*inset*).

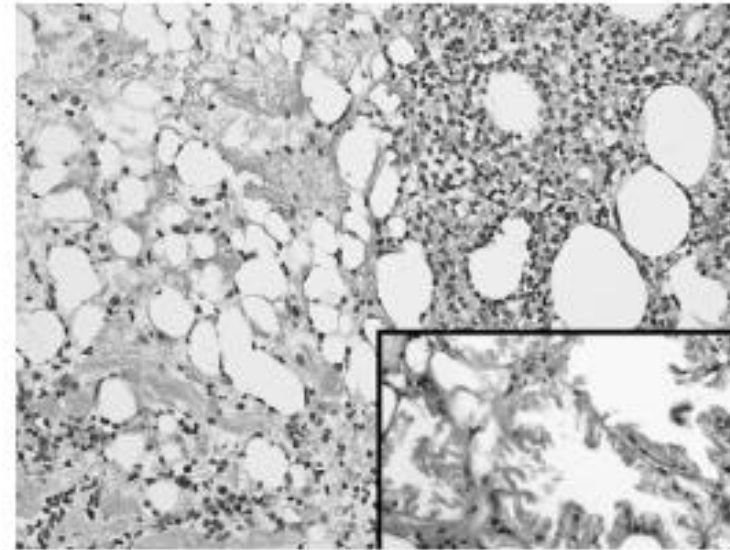


Fig. 5. Hyaline fat necrosis with an inflammatory infiltrate predominantly composed of lymphocytes and plasma cells. Lipomembranous fat necrosis (*inset*).

Δερματομυοσίτιδα και υποδερματίτιδα

- Η υποδερματίτιδα είναι σπάνια στη ΔΜ
- Κατανομή και ιστολογικές βλάβες παρόμοιες με την υποδερματίτιδα του λύκου
- Λιποατροφία χωρίς προηγηθείσα υποδερματίτιδα σε νεανική ΔΜ σε συσχέτιση με υπερλιπιδαιμία και αντίσταση στην ινσουλίνη



Figure 1. Indurated nodules with purplish erythema on the thigh.

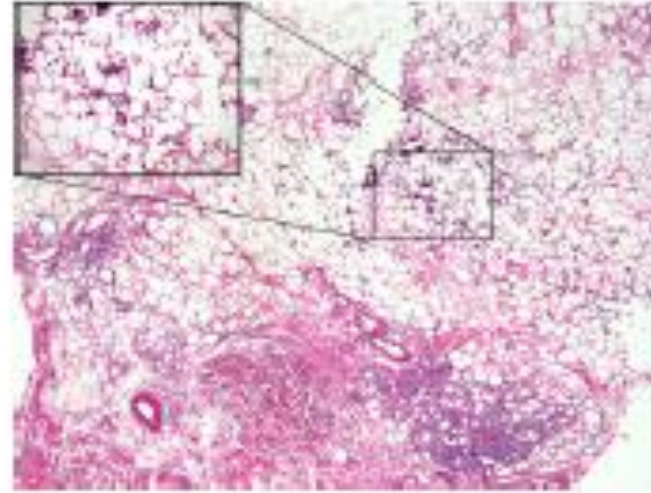


Figure 2. Labular panniculitis with large areas of dystrophic calcification (hematoxylin-eosin, original magnification $\times 40$). Note the calcification in the inset.

Sjogren και υποδερματίτιδα

- Σπάνιες οι αναφορές
- Περιλαμβάνουν περιπτώσεις εμφάνισης οζώδους ερυθήματος, νεκρωτικής λεμφοκυτταρικής υποδερματίτιδας, λοβώδους υποδερματίτιδας από Β-κύτταρα και μικτής διαφραγματικής-λοβώδους υποδερματίτιδας με κοκκιώματα

Ουρική υποδερματίτιδα

- Λίγα μόνο case reports
- Μονήρη ή πολλαπλά επώδυνα ή ανώδυνα σκληρά οζίδια ή πλάκες με ακανόνιστα όρια που οδηγούνται σε εξέλκωση με εκροή θολού ή ορώδους υγρού γεμάτο κρυστάλλους ουρικού μονονατρίου
- Στην αιτιολογία πιθανόν ενέχονται η υπερουριχαιμία, η προηγηθείσα καταστροφή του λίπους, το τραύμα και η στάση στην κυκλοφορία

Ουρική υποδερματίτιδα

- Λοβώδης υποδερματίτιδα με εναποθέσεις κρυστάλλων άμορφου ηωσινοφιλικού υλικού σε μονιμοποίηση με φορμόλη
- Κρύσταλλοι, διήθηση από φλεγμονώδη κύτταρα και γιγαντοκύτταρα σε μονιμοποίηση με αλκοόλη
- Στο πολωμένο φως, αρνητικά διπλοθλαστικοί λεπτοί βελονοειδείς κρύσταλλοι
- Δ.Δ υποδερματίτιδα απο ξένο σώμα και νόσοι με εναποθέσεις ασβεστίου



Fig. 1. Multiple, brownish, firm, subcutaneous nodules and plaques on the right knee.



Fig. 2. (A) Fine, needle-shaped, radially-oriented crystals surrounded by foreign-body type giant cells and lymphohistiocytes at the level of the subcutaneous fat layer. (Haematoxylin and eosin (H&E); original magnification, $\times 200$). (B) Crystals stained black in silver nitrate stain on immunohistochemistry (H&E; original magnification, $\times 100$). (C) Infiltration of numerous crystals and osteosclerosis with a scanty haematopoietic cells was observed in bone marrow biopsy specimens (H&E; original magnification, $\times 40$).

ΑΝΤΙΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΥΠΟΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ

Ann Dermatol Vol. 27, No. 5, 2015

<http://dx.doi.org/10.5021/ad.2015.27.5.605>

CASE REPORT

Nodular Vasculitis That Developed during Etanercept (Enbrel) Treatment in a Patient with Psoriasis

Seung-Bae Park, In-Kyu Chang, Myung Im, Young Lee, Chang-Deok Kim, Young-Joon Seo, Jeung-Hoon Lee

Department of Dermatology, Chungnam National University School of Medicine, Daejeon, Korea

Lupus
<http://lup.sagepub.com/>

Adalimumab-induced lupus panniculitis

H Lee, D S Kim and K Y Chung

Lupus 2014 23: 1443 originally published online 24 July 2014

DOI: 10.1177/0961203314545411

The online version of this article can be found at:

<http://lup.sagepub.com/content/23/13/1443>

Acta Dermatovenereol APA

Acta Dermatovenereologica
Alpina, Pannonica et Adriatica

2016; 25:79-81
doi: 10.15570/actaapa.2016.23

Methotrexate-induced panniculitis in a patient with rheumatoid arthritis

Raghda Al Maashari¹, Mowafak M. Hamodat²

Abstract

Methotrexate-induced accelerated nodulosis (MIAN) is not an uncommon adverse effect associated with the use of the methotrexate in rheumatoid arthritis. Limited case reports describe panniculitis as a pathological finding in this setting. A 31-year-old female with seropositive rheumatoid arthritis on methotrexate therapy presented with a 2-week history of sudden onset of painful infiltrated subcutaneous nodules on both forearms. Based on clinical and histological findings, a diagnosis of methotrexate-induced panniculitis was made. The majority of MIAN case reports that we reviewed showed characteristic pathological findings of classic rheumatoid nodules; few reported panniculitis as a finding. This case illustrates the importance of recognizing this phenomenon as methotrexate-induced panniculitis should be considered in the differential diagnosis of any patient receiving methotrexate presenting with a recent history of accelerated nodulosis. Discontinuation of methotrexate remains controversial.

Keywords: panniculitis, methotrexate, rheumatoid arthritis, nodulosis

Received: 19 July 2016 | Returned for modification: 18 August 2016 | Accepted: 29 August 2016

Clin Rheumatol (2011) 30:719–722
DOI 10.1007/s10067-010-1602-4

CASE BASED REVIEW

Cutaneous nodules in patients with rheumatoid arthritis: a case report and review of literatures

Tadashi Nakamura · Syu-ichi Higashi ·
Kunihiko Tanoda · Michiaki Tsukano · Ken-ichi Iyama

SAT0545 PANNICULITIS ASSOCIATED WITH RHEUMATIC DISEASES

O.N. Egorova, B.S. Belov, Z.S. Alekberova, YA. Karpova, O.V. Pushkova, S.G. Radenska-Lopovok, O.A. Antelava, E.G. Sazhina. V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russian Federation

Background: Panniculitis (Pn) is a group of heterogeneous rheumatic diseases characterized by inflammation of the subcutaneous fat (SF), disorders of the locomotor system and internals. Pn may be one of the rheumatic disease (RD) symptoms.

Objectives: To describe the symptoms of Pn associated with RD.

Methods: We studied 548 patients (76 men, 472 women), mean age 39 ± 17 [16;75], with the referral diagnosis of erythema nodosum (EN) or panniculitis. Patient evaluation included physical examination, lab tests (levels of α 1-antitrypsin, amylase, lipase, trypsin, ferritin, creatine phosphokinase (CPK) and liver fractions), radiological examination (chest CT scan), ultrasound examinations (dopplerography of the lower limb vessels and scanning of subcutaneous nodules), histopathology study and intradermal tuberculin skin test.

Results: In 40 (3 men, 37 women, mean age 42 ± 15 [24;61]) out of 548 patients the following RDs were verified: Behcet Disease (12), Systemic Lupus Erythematosus (SLE) (10), Rheumatoid Arthritis (5), Sjogren Syndrome and Dermatomyositis (Dm) (4 cases each), Reactive Arthritis (3), Ankylosing Spondylitis and Eosinophilic Fasciitis (1 case each). Two types of Pn were identified: Lobular (LPn) and Septal (SPn). LPn was identified in 8 patients (4 with SLE and 4 with Dm). It was characterized with multiple "saucer-like" moderately painful nodules (VAS intensity of 46 ± 19.3 mm), concentrated on the lower and upper extremities and occasionally on the chest and body, with further development of SF atrophy and high activity (ESR 32.7 ± 12.2 mm/h, Hb 99 ± 10.4 g%, CK 1100 ± 345 U/l, dsDNA 93.2 ± 21 U/ml). The LPn course was more severe and intractable, requiring prescription of glucocorticoids and cytostatic agents in high doses. SPn was more common in RD patients ($n=32$), and associated with EN with average duration of disease of 12 ± 18 months [1;48] and moderate activity of the inflammatory process. Ultrasound scan and histological examination of the subcutaneous nodules confirmed SPn (with predominant inflammatory changes in septa) or LPn (with inflammatory changes in fat lobules) in RD patients.

Conclusions: Clinical and histopathological examination, as well as visual techniques may contribute to early diagnosis of Pn associated with RD.

Disclosure of Interest: None declared

DOI: 10.1136/annrheumdis-2015-eular.1794

Μηνύματα για το σπίτι

- Αν και η βιοψία είναι συχνά σημαντική, η ιστολογική απάντηση δε θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως μόνη καθοριστική για τη διάγνωση
- Κλινική κι ιστολογική συσχέτιση είναι, συνήθως, απαραίτητη
- Στους ασθενείς με ρευματικά νοσήματα, η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να περιλαμβάνει τις συνηθέστερες μορφές υποδερματίτιδας, ακόμα κι αν δε σχετίζονται άμεσα με την ίδια τη ρευματική νόσο

Ευχαριστώ

