

本文引用格式:戴华拓,杨晓双,陈积愆.以结节性红斑为皮肤表现的布鲁氏菌病1例[J].安徽医学,2023,44(8):1012-1013.DOI:10.3969/j.issn.1000-0399.2023.08.031

以结节性红斑为皮肤表现的布鲁氏菌病1例

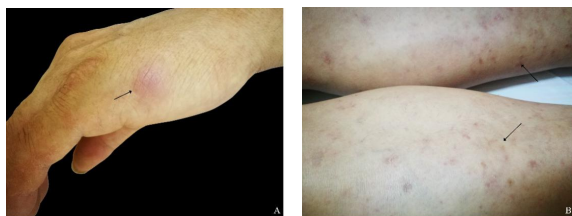
戴华拓 杨晓双 陈积愆

[关键词]布鲁氏菌病;结节性红斑;脂膜炎

doi:10.3969/j.issn.1000-0399.2023.08.031

1 临床资料

患者,男性,58岁,因全身红斑丘疹1月,发热半个月于2021年6月26日入住浙江大学医学院附属第二医院皮肤科。1个月前患者左前臂出现散在红斑丘疹,3天后泛发至四肢、躯干,局部皮疹有压痛。当地卫生院予地塞米松针、磷霉素针及葡萄糖酸钙针治疗(具体不详),后皮疹颜色变暗,压痛减轻,但出现双下肢水肿。半个月前患者开始出现午后发热,体温波动在38℃~39℃,皮疹反复发作,双下肢水肿无缓解,伴尿频尿急及尿不尽感,当地医院查血沉58 mm/h(↑)(0~20 mm/h)(括号内为正常参考值范围),类风湿因子阳性,C-反应蛋白34.5 mg/L(↑)(0~10 mg/L),肌酐111 μmol/L(↑)(57~98 μmol/L),尿蛋白1+,予泼尼松片及复方甘草酸苷片口服,病情无改善而就诊。入院体检:体温39℃,神志清,精神差,皮肤巩膜无黄染,双侧颌下淋巴结可及,咽不红,心肺无殊。腹平软,无压痛、反跳痛,肝脾肋下未及。四肢活动可,肌力正常,双下肢凹陷性水肿,神经系统检查阴性。皮肤科查体:四肢躯干泛发浅褐色斑疹及萎缩性瘢痕,左手掌尺侧可见1 cm×1 cm暗红色皮下结节,双大腿内侧、小腿伸侧多发绿豆至蚕豆大小淡红至暗红色丘疹及皮下结节,皮温稍高,压痛阳性,伸侧为主,对称分布(图1)。

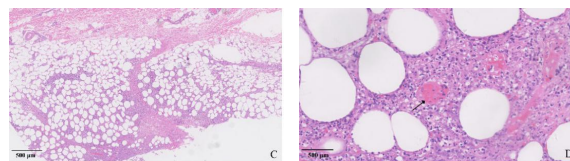


注:A为左手掌尺侧1 cm×1 cm暗红色皮下结节(箭头示);B为下肢多发绿豆至蚕豆大小淡红色至暗红色丘疹及皮下小结节(箭头示)。

图1 患者皮损表现

血常规:白细胞计数正常,C-反应蛋白38.1 mg/L(↑)(0~10 mg/L),白蛋白28.5 g/L(↓)(35~52 g/L),谷丙转氨酶88 U/L(↑)(9~50 U/L)、谷草转氨酶65 U/L(↑)(9~50 U/L),肌酐111

μmol/L(↑)(57~98 μmol/L),24小时尿蛋白定量:560.0 mg(↑)(≤150 mg),铁蛋白1074.6 ng/mL(↑)(10~300 ng/mL),EB病毒DNA阳性。尿液细菌涂片、尿培养及药敏、血厌氧菌培养及药敏、单纯疱疹病毒抗体、粪常规+隐血、尿常规+有形成分定量、电解质全套、血沉、降钙素原定量、凝血谱、抗核抗体谱等无明显异常。B超显示:脾脏肿大,肝脏、胆囊、胰腺未见明显异常。双侧腹股沟淋巴结探及;双侧慢性附睾炎;双侧精索静脉曲张;双侧睾丸、膀胱未见明显异常。头颅磁共振检查无殊。于右大腿皮损处行皮肤活检,病理提示:表皮无殊,真皮层血管周淋巴细胞浸润,真皮深层脂肪组织中见淋巴细胞中性粒细胞浸润,脂肪间隔纤维组织增生,血管壁纤维素样变性坏死,血管炎改变(图2)。活检组织特殊染色结果:PAS-,抗酸染色-,PASM-,革兰氏未见明确细菌。病理诊断:伴血管炎的脂膜炎。追问患者病史,既往从事养殖屠宰业,有接触牛羊史,居住地有布鲁氏菌病散发病例。患者入院第七日血培养提示马耳他(羊)布鲁菌阳性,外送疾控中心布鲁菌抗体阳性,凝集价1:1 600。临床诊断:布鲁氏菌病。予口服多西环素0.1 g、2次/天,口服利福平0.45 g、1次/天,静滴头孢曲松2 g、2次/天。由于患者静滴头孢后出现风团样皮疹,予停用,仅口服多西环素及利福平治疗。3天后患者体温恢复正常,7天后皮疹消退,遗留散在色素沉着,继续药物巩固治疗维持6周,期间未复发。



注:C为真皮深层脂肪组织中见大量炎症细胞浸润(小叶和间隔均受累),脂肪间隔纤维组织增生(HE×4);D为血管壁纤维素样变性坏死(箭头示),血管炎改变(HE×40)。

图2 皮损组织病理

2 讨论

布鲁氏菌病是由布氏杆菌感染引起的一种人畜共患病,患

作者单位:310000 浙江杭州 浙江大学医学院附属儿童医院(国家儿童健康与疾病临床医学研究中心)皮肤科(戴华拓)

310000 浙江杭州 浙江大学医学院附属第二医院皮肤科(杨晓双,陈积愆)

通信作者:陈积愆,chenjisu2835@163.com

病的牛、羊等是其主要的传染源,主要的症状为发热,典型为波状热,全身症状有乏力、多汗、肌肉关节疼痛和肝脾、淋巴结肿大,约10%的患者有泌尿生殖系统并发症(如睾丸附睾炎、肾小球肾炎),具有特异性^[1]。而布鲁氏菌病的皮肤表现具有非特异性,皮肤受累发生率约0.4%~17%^[2],发生原因包括细菌直接接种到皮肤、过敏现象、免疫复合物在皮肤中沉积以及微生物通过血行传播途径侵入皮肤^[3]。其皮损主要表现为丘疹结节样皮疹,斑丘疹样,紫癜样皮损,接触性荨麻疹,罕见报道包括血管炎样皮损、皮下脓肿、慢性溃疡、液化性脂膜炎、复发性的表皮囊肿、网状青斑、银屑病样皮损^[4]。国外报道,约25%的布鲁氏菌病患者皮损表现为结节性红斑,而国内报道相对较少^[5]。

临床通常依据患者有疫区居住及与家畜有密切接触史,结合临床表现(反复高热,脾肿大,慢性附睾炎),实验室检查:肝功能异常,血培养马耳他布鲁氏菌阳性,布鲁氏菌抗体1:1 600,皮肤组织病理提示伴血管炎的脂膜炎,确诊为布鲁氏菌病。本例患者临床表现为高热,波状热,皮疹形态多形,有红斑丘疹,且结节性红斑样皮疹分布不局限于下肢伸侧,四肢均可见,触痛程度不剧,皮肤病理可见血管炎的表现,且脂膜炎为混合性脂膜炎(小叶及间隔均受累),其他症状明显,包括乏力、附睾压痛,淋巴结肿大,肝功能异常。以结节性红斑为皮肤表现的布鲁氏菌病需与典型的结节性红斑相鉴别。典型的结节性红斑是一种发生于皮下脂肪小叶间隔的炎症性疾病,多见于女性,病因与多种因素有关,主要有感染(链球菌感染等),药物,雌激素及其他疾病,如自身免疫性疾病,结节病等,临床表现主要是低热,全身症状不明显,皮疹为好发于下肢伸侧的触痛明显的皮下结节,皮肤组织病理则表现为间隔性脂膜炎^[6]。

本病的治疗^[7-8]:①选择在酸性细胞内环境中具有活性的抗生素,如多西环素和利福平;②由于单药复发率高,通常采用联合治疗,如多西环素联合利福平或多西环素联合庆大霉素等;③必要时延长治疗期,如合并心内膜炎、脊柱炎、神经布鲁氏菌病治

疗周期可延长至12~52周。本例患者采用多西环素联合利福平口服治疗6周,取得了较好的治疗效果。

综上所述,以结节性红斑为皮肤表现的布鲁氏菌病报道较少,诊断需综合考虑接触史,临床表现,实验室检查结果,患者确诊后,尽早使用敏感抗生素进行治疗。

参考文献

- [1] FRANCO M P, MULDER M, GILMAN R H, et al. Human brucellosis[J]. Lancet Infect Dis, 2007, 7(12): 775-786.
- [2] KORKMAZ P, KARTAL E D. Skin manifestations associated with brucellosis[J]. EMJ Dermatol, 2016, 4(1): 119-125.
- [3] METIN A, AKDENIZ H, BUZGAN T, et al. Cutaneous findings encountered in brucellosis and review of the literature[J]. Int J Dermatol, 2001, 40(7): 434-438.
- [4] GHAREBAGHI N, MEHRNO M, SEDOKANI A. A rare case of brucellosis with dermatomal pattern of cutaneous manifestation[J]. Int Med Case Rep J, 2019, 12: 223-228.
- [5] 白明辉,刘悦,李铁男.以结节性红斑为表现的布鲁菌病1例[J].临床皮肤科杂志,2014,43(9): 2.
- [6] LEUNG A K C, LEONG K F, LAM J M. Erythema nodosum[J]. World J Pediatr, 2018, 14(6): 548-554.
- [7] BOSILKOVSKI M, KERAMAT F, ARAPOVIC J. The current therapeutical strategies in human brucellosis[J]. Infection, 2021, 49(5): 823-832.
- [8] SHAKIR R. Brucellosis[J]. J Neurol Sci, 2021, 420: 117280.

(2022-10-09收稿)

(本文编校:胡欣,蔡济寰)