



Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING

Acrodermatitis chronica atrophicans ved langvarig borreliainfeksjon

KORT KASUISTIKK

HEGE KILANDER HØIBERG

hegekilander@gmail.com

Bystranda legesenter

Kristiansand

Hege Kilander Høiberg er spesialist i revmatologi og fastlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE MARIT SOLHEIM

Nevrologisk avdeling

Sørlandet sykehus

Anne Marit Solheim er ph.d.-student, spesialist i nevrologi og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SØLVI NORAAS

Avdeling for medisinsk mikrobiologi

Sørlandet sykehus

Sølvi Noraas er spesialist i medisinsk mikrobiologi og avdelingsoverlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ÅSLAUG RUDJORD LORENTZEN

Nevrologisk avdeling

og

Nasjonalt kompetansetjeneste for flåttbåren sykdom

Sørlandet sykehus

Åslaug Rudjord Lorentzen er ph.d., spesialist i nevrologi og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

En turglad kvinne i 50-årene hadde flere legebesøk med uspesifikke, men nyoppståtte plager. Først da hun fortalte at hun hadde gått opp en hel skostørrelse på høyre fot, ble mistanken om riktig diagnose vekket.

En kvinne i 50-årene utviklet på forsommeren uspesifikk svimmelhet, generell stivhet i kroppen, frysninger, kvalme og støtfølelse i hodet. Hun hadde i en årrekke hatt depresjonsplager og stått på antidepressivumet escitalopram 10 mg daglig. I tillegg stod

hun på rosuvastatin 20 mg primærprofylaktisk for hyperkolesterolemi og aterosklerose. Hun var under nedtrapping av escitalopram ved symptomstart. Da hun fikk de første symptomene, antok man at disse var relatert til psykisk lidelse og nedtrappingen, selv om anbefalinger for seponering var fulgt.

Ved ny kontakt en måned senere var hun fremdeles svimmel, hadde støtfølelse i hodet og var blitt stiv og støl i kroppen, spesielt i underekstremitetene. Hun hadde tidligere samme vinter økt dosen av det kolesterolsenkende preparatet rosuvastatin. Man lurte på om plagene kunne være bivirkninger av dette og valgte å redusere dosen fra 20 mg daglig til 10 mg daglig over noen uker. Hun opplevde ingen vesentlig bedring etter dosereduksjonen. Det ble tatt orienterende blodprøver (leukocytter, hemoglobin, trombocytter, C-reaktivt protein (CRP), kreatinin, kreatinkinase (CK), alaninaminotransferase (ALAT), aspartataminotransferase (ASAT), gammaglutamyltransferase (gamma-GT), natrium, kalium), som alle viste normale funn.

Ved ny legetime fire måneder etter første kontakt bemerket hun at høyre fot hadde blitt så hoven at hun hadde gått opp en hel skostørrelse. Svimmelhet, kroppslig stivhet og støtfølelsen i hodet var fremdeles til stede, og hun rapporterte om tidvis hjertebank og utmattelse/fatigue i tillegg til smerter under fotsålen som gjorde det nesten umulig å gå tur. Dette forringet livskvaliteten hennes betydelig.

Ved inspeksjon fant man diffus hevelse over høyre fotrygg og tær til like over ankelnivå. Huden her var blålig misfarget og lett skinnende (figur 1). Ultralydundersøkelse utført av fastlegen, som er revmatolog, viste at det for sener og ledd i ankel og fot var normale funn. Det ble ikke påvist subkutant ødem. Nye orienterende blodprøver viste ingen avvik, bortsett fra lett forhøyet urinsyrenivå på 415 $\mu\text{mol/L}$ (referanseområde 155–400). Det ble også tatt leukocytter, hemoglobin, trombocytter, CRP, kreatinin, CK, ALAT, ASAT, gamma-GT, natrium, kalium, vitamin B₁₂ og stoffskiftehormon samt revmatologiske prøver.



Figur 1 Acrodermatitis chronica atrophicans på høyre fotrygg. Det er tydelig størrelsesforskjell rundt ankel og forfot. Huden er rødlig misfarget, tørr, skrukkete og papiraktig.

Da pasienten tilhørte kystnær kommune på Sørlandet og var mye ute i skogen, ble det tatt tester for borreliaspesifikke antistoffer i serum. Både IgM- og IgG-antistoffer ble påvist, for IgG var det moderat til høyt nivå (84; < 5 er negativt). Hun opplyste at hun hadde hatt flere flåttbitt gjennom sommeren, men at hun raskt hadde fjernet alle flått hun hadde sett.

Positiv borreliaspesifikk antistofftest og pasientens tilleggssymptomer gav mistanke om systemisk borreliose. Hun ble derfor henvist til en rask poliklinisk time ved nevrologisk avdeling. Nevrologisk undersøkelse avdekket ikke annet enn hyperestesi på hudområdet med blålig misfarging. Hevelsen i fot og rundt ankel ble også objektivt verifisert med målebånd. Det ble gjort direktepåvisning med polymerasekjedereaksjonstest (PCR) for flåttbårne agens i blod. Spinalvæskeundersøkelse viste ingen tegn på infeksjon/inflammasjon, heller ikke intratekal produksjon av borreliaspesifikke antistoffer som ved neuroborreliose. Fastlegen tok en stansebiopsi fra hudutslettet. Biopsien var PCR-positiv for *Borrelia burgdorferi sensu lato* (16 S rRNA (ribosomalt ribonukleinsyre) og OspA (ytre overflateprotein A)).

På sterk mistanke om borreliainfeksjon i hud, såkalt acrodermatitis chronica atrophicans, ble det etter gjeldende retningslinjer (1) startet behandling med doksycyklin (200 mg daglig) før biopsisvar forelå. Ved oppfølging etter den planlagte tre ukers behandlingen rapporterte hun om fortsatt ubehag og hevelse i høyre fot, men at energien var tilbake og at svimmelheten, støtfølelsen i hodet og hjertebanken var forsvunnet.

Pasienten ble fulgt opp med en nevrografiundersøkelse av underekstremiteten åtte uker etter oppstart av antibiotikabehandling. Denne ble beskrevet som normal.

Et snaut år etter symptomdebut, og cirka seks måneder etter avsluttet behandling, er pasienten fortsatt plaget av utmattelse, som i hovedsak relateres til psykisk lidelse. Høyre fot er fortsatt litt større enn venstre, og hun bruker en tykkere strømpe i venstre sko for bedre å fylle den ut. Hudforandringene er stort sett forsvunnet.

Diskusjon

Acrodermatitis chronica atrophicans er det vanligste symptomet på sen borreliainfeksjon i hud og er ofte lett å overse, spesielt hos eldre personer (1). Få større studier foreligger. Tilstanden er sjelden og rammer oftere kvinner enn menn. Utslett ved acrodermatitis chronica atrophicans er oftest lokalisert på strekkesider av over- eller underekstremiteter, gjerne føtter og hender. Initialt ses ofte rødilla/blå misfarging med hevelse lokalt i hud, før det går over i et senere stadium med fibrose og hudatrofi. Differensialdiagnostisk kan hudforandringene mistolkes som morfea eller lichen sclerosus et atrophicus.

Hydrops i kne eller ankel er ikke uvanlig. Utmattelse og endring i personlighet er beskrevet (2). Som fotografiet av vår pasient viser, er huden hoven, misfarget, ofte sigarettpapirtynn med et skinnende preg, og den kan være lett skjellende. Vår pasient hadde sannsynligvis en systemisk borreliainfeksjon med allmennsymptomer, assosiert med manifestasjon av acrodermatitis chronica atrophicans. Sikker diagnose kan stilles ved hudbiopsi for direkte påvisning av borreliabakterien. Denne bør tas i randsonen av utslettet og er positiv i ca. 80 % av tilfellene (3). Prøven kan sendes på vanlig transportmedium, eller 9 % NaCl, til Avdeling for medisinsk mikrobiologi, Sørlandet sykehus, som er referanselaboratorium for borreliadiagnostikk i Norge.

Hos denne pasienten ble biopsien tatt av fastlegen fra medialsiden av fotryggen i nivå med os cuneiforme mediale. Generelt er enkel stansebiopsi av hud et godt diagnostisk hjelpemiddel ved undersøkelse av hudmanifestasjoner. Immunhistologisk undersøkelse krever rask sending til regionalt laboratorium og er nok mest anvendelig i spesialisthelsetjenesten.

Antistoffnivå for borreliaspesifikk IgG er vanligvis høyt ved diagnosen acrodermatitis chronica atrophicans. IgM-antistoffer kan også være til stede. Behandling bør overveies ved sterk klinisk mistanke og/eller høy borreliaspesifikk IgG i serum til tross for negativ PCR-prøve i hudbiopsi, ettersom sistnevnte prøver ikke er 100 % sensitive. Doksycyklin 100 mg × 2 i tre uker hjelper vanligvis på utmattelse og muskel- og leddplager (1), men effekten på hudmanifestasjonen og nevropatisyntomer kan variere (4).

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

LITTERATUR

1. Helsedirektoratet. Antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotikabruk-i-primærhelsetjenesten> Lest 21.5.2021.

2. Scott JD. Presentation of acrodermatitis chronica atrophicans rashes on Lyme disease patients in Canada. *Healthcare (Basel)* 2020; 8: 157. [PubMed][CrossRef]
 3. Ogrinc K, Maraspin V, Lusa L et al. Acrodermatitis chronica atrophicans: clinical and microbiological characteristics of a cohort of 693 Slovenian patients. *J Intern Med* 2021; 290: 335-48. [PubMed][CrossRef]
 4. Kindstrand E, Nilsson BY, Hovmark A et al. Peripheral neuropathy in acrodermatitis chronica atrophicans - effect of treatment. *Acta Neurol Scand* 2002; 106: 253-7. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 8. november 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0201

Mottatt 10.3.2021, første revisjon innsendt 16.5.2021, godkjent 21.5.2021.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 1. desember 2023.