



Клиническое наблюдение

# Синдром Роуэлла в дерматологической практике (клиническое наблюдение)

Таганов А.В.<sup>1</sup> • Тамразова О.Б.<sup>1,2</sup> • Гуреева М.А.<sup>1</sup>

Синдром Роуэлла – редко встречающийся симптомокомплекс, для которого характерны клинические проявления красной волчанки и многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ). За последние 100 лет в научной литературе описано около 100 случаев данного синдрома, что может быть связано с ошибочной интерпретацией симптомов и, как следствие, неточной диагностикой по причине его манифестации высыпаниями по типу МЭЭ. Важное значение в диагностике синдрома Роуэлла имеет выявление положительного ревматоидного фактора, антиядерных антител и других маркеров эритематоза, а также дополнительные методы исследования, в частности прямая иммунофлюоресценция. В статье дано описание клинического наблюдения синдрома Роуэлла у пациента 16 лет. Установление диагноза вызвало затруднения по причине манифестации кожных проявлений по типу МЭЭ и потребовало

дополнительной лабораторной диагностики, а также динамического наблюдения. При постановке диагноза синдрома Роуэлла опирались на клинические проявления, а также на такие диагностические критерии, как положительные пробы на ревматоидный фактор и антиядерные антитела, гистологические и лабораторные изменения, присущие эритематозу. Пациент находился в стационаре и получал следующее лечение: инфузионная терапия (преднизолон 2,5 мг/кг/сут в течение 7 дней), хлоропирамин (1 мл 2 раза в день внутримышечно в течение 5 дней), гидроксихлорохин (суточная доза 6,5 мг/кг, длительность – 5 дней), магния аспарагинат / калия аспарагинат (1 таб. (166,3 мг / 175 мг) 3 раза в день в течение 7 дней), наружно крем метилпреднизолона ацепонат 1% (1 раз в день в течение 7 дней). В результате проведенного лечения у пациента отмечена положительная динамика

в течении кожного процесса и улучшение общего состояния. На примере настоящего клинического наблюдения показано классическое проявление синдрома Роуэлла, имеющее как лабораторное, так и клиническое обоснование, учитывающая наличие кожных проявлений красной волчанки и высыпаний по типу МЭЭ.

**Ключевые слова:** синдром Роуэлла, клиническое наблюдение, системная красная волчанка, многоформная экссудативная эритема

**Для цитирования:** Таганов АВ, Тамразова ОБ, Гуреева МА. Синдром Роуэлла в дерматологической практике (клиническое наблюдение). Альманах клинической медицины. 2019;47(5):470–6. doi: 10.18786/2072-0505-2019-47-049.

Поступила 26.08.2019; доработана 15.09.2019; принята к публикации 23.09.2019; опубликована онлайн 08.10.2019

**С**индром Роуэлла – сочетанное заболевание, включающее проявления красной волчанки (дискоидной или системной) и многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ). Для него характерны положительные пробы на ревматоидный фактор и антиядерные антитела, изменения лабораторных параметров, присущие эритематозу, а также стойкий рецидивирующий характер течения [1–5]. Синдром Роуэлла можно рассматривать как гиперреактивный ответ организма на аутоиммунное заболевание.

Несмотря на то что дискуссия в отношении целесообразности выделения данного синдрома продолжается, большинство исследователей придерживаются традиционной точки зрения, основываясь на сочетании клинических проявлений

(с учетом современных воззрений на его уникальную патологическую сущность), а также на данных лабораторных тестов и гистологического исследования кожи, которые включены в современные диагностические критерии [3, 6].

## История описания

Первое описание сочетания острой красной волчанки и МЭЭ можно найти в статье М. Scholtz 1922 г. [7]. Однако именно N.R. Rowell и соавт. в 1963 г. при анализе группы пациентов с дискоидной красной волчанкой выделили в отдельную категорию 4 наблюдения с наличием МЭЭ [8]. У больных с лихорадкой и суставным синдромом отмечались эритематозно-папулезные высыпания (ярко-красного цвета с цианотичным оттенком). Кожные эфлюоресценции



имели правильные очертания и четкие границы. Определялись ревматоидный и антинуклеарный факторы. Отмечена торпидность к лечению и медленный регресс клинических проявлений болезни [2, 3, 8].

В дальнейшем сочетание одной из клинических форм хронической красной волчанки с кольцевидными очагами по типу МЭЭ получило название синдрома Роуэлла. В настоящее время в научной литературе можно найти описания около 100 случаев этого симптомокомплекса. Вместе с тем несмотря на наличие общепринятых диагностических критериев некоторые исследователи ставят под сомнение существование данного синдрома как отдельного клинического объекта [9]. Ряд авторов считают, что синдром Роуэлла можно рассматривать в качестве разновидности красной волчанки [10].

Тем не менее среди клиницистов доминирует мнение, согласно которому синдром Роуэлла представляет собой совокупность клинических проявлений токсико-аллергического синдрома (протекающего по типу МЭЭ), манифестирующего на фоне системной красной волчанки. Аргументом в поддержку этого суждения служат данные лабораторных исследований, регистрирующих изменения, присущие различным клиническим формам эритематоза [1–3, 5].

Отдельные исследователи отметили тенденцию, связанную с возможной трансформацией дискоидной красной волчанки в системную при наличии высыпаний по типу МЭЭ [2, 3, 5]. Гиперергическое воспаление (патофизиологическая стадия) сопровождается высвобождением хемокинов и цитокинов, что приводит к повреждению тканевых структур, манифестирующих (клинически) пятнисто-папулезными элементами по типу «мишеней», а также другими экссудативными элементами (везикулы, пузыри) и кровоизлияниями. В случае диффузных заболеваний соединительной ткани, когда при измененной реактивности макроорганизма (по типу гиперергической реакции замедленного типа и/или иммунокомплексному типу) на фоне аутоиммунного процесса возникает перманентная сенсibilизация, возможно развитие токсико-аллергических синдромов, протекающих по типу МЭЭ [2, 3, 10].

Поскольку проявления МЭЭ при монозаболевании могут варьировать от пятнисто-папулезных до буллезных высыпаний, клинические проявления синдрома Роуэлла могут существенно различаться. Многообразие клинической картины данного синдрома служит причиной появления в литературе новых описаний заболевания

[6] и дополнения диагностических критериев. Так, опубликованы клинические наблюдения пациентов с системной красной волчанкой, имевших клинические кожные проявления, напоминающие картину герпетиформного дерматита Дюринга. При проведении лабораторных исследований обнаружено супробазальное скопление IgA, что и подтвердило причину образования пузырей за счет разрыва межклеточных связей кератиноцитов [11]. Нередко проявления эритематоза могут манифестировать в виде буллезных высыпаний, которые напоминают пемфигоид, что может затруднить постановку правильного диагноза [12]. Некоторые исследователи на основании общности иммунопатологических изменений считали целесообразным отнести синдром Роуэлла к группе иммунобуллезных заболеваний (буллезный эритематоз, герпетиформный дерматит Дюринга и пемфигоид) [13, 14]. S. Lee и соавт. (1995) предложили включить симптом ознобления в диагностические критерии синдрома Роуэлла [15].

В 2000 г. N.C. Zeitouni и соавт. предложили новые диагностические критерии синдрома Роуэлла [16], которые учитывали наличие больших и малых факторов, типичных для эритематоза (системная, дискоидная, подострая кожные формы красной волчанки); клинические проявления МЭЭ; наличие антинуклеарных антител (ANA), ассоциации с ревматоидным фактором (RF), наличие антител к Ro(SSA) и La(SSB)-антигенам и др.

В 2008 г. группа исследователей наблюдала пациента с МЭЭ, который не имел в анамнезе красной волчанки, однако по данным лабораторных исследований было доказано наличие субклинических проявлений системного заболевания и диагностирован синдром Роуэлла [17].

Новейшие изменения в диагностические стандарты синдрома Роуэлла предложили в 2012 г. D. Torchia и соавт. [18]: были добавлены дополнительные критерии, базирующиеся на результатах патоморфологических исследований и данных прямой иммунофлюоресценции. Последние описания наблюдений синдрома Роуэлла выполнены с учетом этих критериев [19].

### Клиническая картина

Классическое проявление синдрома Роуэлла характеризуется высыпаниями по типу МЭЭ – экссудативными эритематозно-папулезными элементами с резкими и правильными границами (вариант: центральное геморрагическое пропитывание, тип «мишени») в диаметре до нескольких

**Таганов Алексей**

**Викторович –**

д-р мед. наук, профессор кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии факультета непрерывного медицинского образования медицинского института<sup>1</sup>; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5056-374X>

✉ 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6, Российская Федерация. Тел.: +7 (495) 724 79 51. E-mail: [matis87177@yandex.ru](mailto:matis87177@yandex.ru)

**Тамразова Ольга**

**Борисовна –** д-р мед. наук, профессор РАН, профессор кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии факультета непрерывного медицинского образования медицинского института<sup>1</sup>; врач-консультант<sup>2</sup>; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3261-6718>. E-mail: [anait\\_tamrazova@mail.ru](mailto:anait_tamrazova@mail.ru)

**Гуреева Марина**

**Александровна –** ассистент кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии факультета непрерывного медицинского образования медицинского института<sup>1</sup>; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8212-6210>. E-mail: [m.gureeva1@gmail.com](mailto:m.gureeva1@gmail.com)

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» (РУДН); 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ г. Москвы «Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой Департамента здравоохранения г. Москвы»; 125373, г. Москва, ул. Героев Панфиловцев, 28, Российская Федерация

сантиметров. Кожные проявления могут также сопровождаться пузырями, везикулами, эрозиями и кровоизлияниями. Типично наличие высыпаний на ладонях и подошвах, что отражает токсико-аллергический характер данного синдрома. Возможны эрозирования и изъязвления высыпаний, которые заживают с последующим рубцеванием. В отличие от традиционных МЭЭ, кожные проявления при синдроме Роуэлла не всегда имеют склонность к акральным локализациям и очень редко связаны с идентифицируемыми триггерами (обычно лекарствами, а не вирусом герпеса или инфекцией).

По данным литературы, у больных системной красной волчанкой наиболее часто поражается кожа (75,8%), регистрируют также артриты и/или артралгии (76,8%), лихорадку (60%), алопецию (51,6%) [2, 20]. Поражение слизистой оболочки наблюдается примерно в 50% случаев (по типу МЭЭ). При лабораторных исследованиях выявляют антинуклеарные и ревматоидные факторы, антитела к Ro (SSA) и La (SSB)-антигенам, увеличение скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Заболеванию часто рецидивирует [2, 3, 5, 9].

Диагностика типичной МЭЭ основывается на остром начале заболевания, наличии характерных высыпаний (островоспалительные пятна ярко-красного цвета с центробежным ростом, с запавшей центральной частью), оценке симметричности и локализации высыпных элементов (разгибательные поверхности), наличии поражения слизистых оболочек [2, 3, 21].

Диагноз системной красной волчанки устанавливается в соответствии с клиническими и лабораторными критериями (волчаночная «бабочка», артрит, длительная лихорадка, слабость и т.д.) и подтверждается положительными пробами на ревматоидный фактор и антиядерные антитела, гистологической картиной кожи, а также лабораторными показателями, присущими эритематозу (анти-dsDNA, антикардиолипин, антигистоны, С-реактивный белок и др.).

В биоптате кожи (верхние и средние отделы дермы) отмечаются васкулиты, инфильтрат (полосовидный) с преобладанием лимфоцитов в области базальной мембраны. В зоне базальной мембраны – зернистые отложения (метод прямой иммунофлуоресценции). Вышеуказанные изменения типичны для красной волчанки, но не МЭЭ [2, 3, 9].

## Лечение

Учитывая аутоиммунный характер заболевания в сочетании с токсико-аллергическими

проявлениями, в терапии синдрома Роуэлла применяются иммуносупрессивные и противовоспалительные средства: кортикостероидные препараты, метотрексат, азатиоприн, антималярийные препараты и др. Принимая во внимание редкость данного синдрома, в настоящее время утвержденные схемы лечения не существуют.

R.Y. Bhat и соавт. (2014) приводят клиническое наблюдение синдрома Роуэлла у 15-летнего мальчика, который хорошо реагировал на терапию системными стероидами и гидроксихлорохином [22]. В недавней публикации (2018) отмечена положительная динамика в течении кожного процесса с благоприятным исходом на фоне терапии системными кортикостероидами (метилпреднизолон 0,5 мг/кг/сут), иммуномодуляторами (азатиоприн 50 мг/сут в комбинации с омега-3 жирными кислотами 20 мг/сут) и топическим стероидом (флутиказон пропионат 0,05% крем 1 раз в сутки) [23].

## Клиническое наблюдение

Пациент Н. 16 лет обратился в Детскую городскую клиническую больницу им. З.А. Башляевой Департамента здравоохранения г. Москвы (17.10.2015). Жалобы: длительная лихорадка, боли в суставах, высыпания на губах и слизистой полости рта, коже туловища и конечностях. Из анамнеза известно, что пациент заболел два месяца назад, когда на боковой поверхности носа появились эритематозные пятна. Обратился к дерматологу, который поставил диагноз демодекоза. Назначено лечение. Без эффекта.

Через две недели больной отметил распространение процесса на кожу спины и груди, сыпь сопровождалась легким зудом. Назначено лечение: доксицилин в дозе 100 мг в сутки в течение 7 дней. Улучшения клинической картины не наблюдалось.

Госпитализирован (08.10.2015) в ГКБ № 57 с диагнозом энтеровирусного везикулярного стоматита с экзантемой (синдром «рука – нога – рот»). Назначено лечение: преднизолон 60 мг/сут внутримышечно в течение 3 дней, 10% раствор глюконата кальция 10 мл внутривенно – 5 дней, цефтриаксон 2,0 г внутривенно, флуконазол 50 мг внутрь однократно, крем с содержанием мупироцина 2% – 2 раза в день в течение 7 дней. Физиотерапевтическое лечение: дарсонвализация (область груди, руки) – 3 процедуры, поляризованный свет (спина, лицо) – 3 процедуры; гипоаллергенная диета. Отмечена положительная динамика в течении кожного процесса. Пациент выписан из стационара под наблюдение терапевта по месту жительства.

Спустя 10 дней (18.10.2015) пациент был госпитализирован в инфекционное отделение ДГКБ им. З.А. Башляевой. Диагноз: острая многоформная экссудативная эритема. При осмотре на лице



**Рис. 1.** Пациент Н. 16 лет с синдромом Роуэлла до лечения. **А** – на щеках, спинке и крыльях носа отмечается эритема синюшно-красного цвета по типу бабочки. На красной кайме губ – эрозии, покрытые геморрагическими корочками. **Б** – на ладонях высыпания представлены отечными пятнами четких очертаний синюшно-красного цвета, в центре которых отмечается плоский пузырь и геморрагическое пропитывание элемента. **В** – на разгибательной поверхности плеча отмечаются множественные пятна синюшно-красного цвета, четких очертаний с крупно-пластинчатым шелушением и геморрагическими корочками в центральной части элементов. **Г** – высыпания на груди представлены множественными пятнами синюшно-красного цвета с мишеневидным рисунком, четких очертаний, центральная часть элементов покрыта серебристыми чешуйками

определяется эритема по форме бабочки, на губах многочисленные эрозии и геморрагические корочки (рис. 1А). На ладонях и стопах четко очерченные эритематозные очаги с незначительным шелушением (рис. 1Б). На шее, верхней части туловища – эритематозные, слегка возвышающиеся над поверхностью инфильтрированные бляшки и пятна синюшно-красного цвета, в центре – более светлые (симптом «мишени»), с четкими границами и с незначительным шелушением на поверхности. В центральной части некоторых элементов отмечается геморрагическое пропитывание (рис. 1В, Г). Предварительный диагноз: синдром Роуэлла.

Для подтверждения данного диагноза были проведены дополнительные исследования. Общий анализ крови (18.10.2015): эритроциты –  $3,6 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 115 г/л, СОЭ – 25 мм/ч, лейкоциты –  $7,4 \times 10^9/л$ , нейтрофилы – 51,2%, лимфоциты – 40,1%, моноциты – 8,7%, тромбоциты –  $276 \times 10^9/л$ . Биохимический анализ крови и общий анализ мочи в пределах нормы. Ревматоидный фактор (18.10.2015) – 65 МЕд/мл. Анализ на диагностику аутоиммунных заболеваний (30.10.2015): анти-dsDNA IgG > 300 Ед/мл (норма < 5), анти-chromatin > 8,0 (норма до 1), анти-Sm > 8,0 (норма до 1), анти-RNP – 5,3 (норма до 1), антинуклеарный фактор – положительный. После получения результатов исследований (ревматоидный фактор, анти-dsDNA IgG, анти-chromatin, анти-Sm, анти-RNP,

антинуклеарный фактор и др.) был поставлен окончательный диагноз «синдром Роуэлла».

В стационаре проводилось следующее лечение: инфузионная терапия с преднизолоном 2,5 мг/кг/сут (длительность – 7 дней), гидроксихлорохин 200 мг 2 раза в день (5 дней), магния аспарагинат / калия аспарагинат (166,3 мг / 175 мг) 1 таб. 3 раза в день (7 дней), хлоропирамин 1 мл 2 раза в день внутримышечно (5 дней), наружно крем метилпреднизолона ацепонат 1% – 1 раз в день (7 дней). Через 7 дней терапии отмечалась выраженная положительная динамика кожного процесса: высыпания стали регрессировать, корочки отпали (рис. 2).

## Обсуждение

Синдром Роуэлла описан около 100 лет назад, с тех пор опубликовано около 100 клинических наблюдений. Редкость его выявления в клинической практике можно объяснить неточностями диагностики и отнесением случаев синдрома Роуэлла к МЭЭ на основании манифестирующих симптомов.

Некоторые авторы относят синдром Роуэлла к разновидности красной волчанки [10]. Однако большинство клиницистов считают, что синдром Роуэлла – самостоятельный симптомокомплекс, характеризующийся совокупностью клинических проявлений токсико-аллергического синдрома (протекающего по типу МЭЭ),

**Рис. 2.** Пациент Н. 16 лет с синдромом Роуэлла через 5 дней терапии. **А** – волчаночная «бабочка» в центральной части лица стала более бледной, на красной кайме губ отсутствуют эрозии, сохраняются геморрагические корочки. **Б** – на ладонях высыпания представлены геморрагическими пятнами нечетких очертаний кирпично-красного цвета, в центре некоторых пятен – корочки и крупнопластинчатое шелушение. **В** – на разгибательной поверхности плеча отмечаются множественные эпителизированные эрозии розово-красного цвета. **Г** – высыпания на груди представлены множественными эпителизированными эрозиями кирпично-красного цвета



манифестирующего на фоне системной красной волчанки [1–5]. Вместе с тем некоторые исследователи, признавая наличие общепринятых диагностических критериев, продолжают ставить под сомнение его самостоятельность [9]. Другие авторы предлагают отнести синдром Роуэлла к группе иммунобуллезных заболеваний, включающие буллезный эритематоз, герпетический дерматит Дюринга и пемфигоид [13, 14]. Описаны примеры трансформации дискоидной красной волчанки в системную при наличии высыпаний по типу МЭЭ [2].

Сложности диагностики сопряжены с тем, что синдром Роуэлла манифестирует проявлениями высыпаний по типу МЭЭ и без дополнительной лабораторной диагностики и динамического наблюдения установить диагноз затруднительно. В этой связи крайне важно ориентироваться не только на клинические проявления, но и на диагностические критерии: положительные пробы на ревматоидный фактор и антиядерные антитела, гистологические и лабораторные изменения, присущие эритематозу, а также на склонность к рецидивирующему течению.

Приведенное нами клиническое наблюдение представляет собой классическое проявление синдрома Роуэлла, имеющее как лабораторное, так и клиническое обоснование (наличие кожных

проявлений красной волчанки и высыпаний по типу МЭЭ). Проведенная терапия по схеме лечения системной красной волчанки имела эффект в виде положительной динамики в течении кожного процесса и улучшения общего состояния.

## Заключение

Синдром Роуэлла можно рассматривать как гиперреактивный ответ организма на аутоиммунное заболевание, включающий симптоматику красной волчанки и МЭЭ. Несмотря на дискуссии в отношении целесообразности выделения данного синдрома как отдельного заболевания, большинство исследователей придерживаются традиционных взглядов на данный симптомокомплекс. Синдром Роуэлла может представлять сложности в плане установления диагноза, что обусловлено разнообразием клинических проявлений, не всегда характерных для эритематоза. В этой связи диагностировать синдром Роуэлла необходимо с учетом его уникальной патологической сущности и современных диагностических критериев, ориентируясь на такие ключевые параметры, как положительные пробы на ревматоидный фактор и антиядерные антитела, гистологические и лабораторные изменения, присущие эритематозу, склонность к рецидивирующему течению. ©



## Дополнительная информация

### Согласие пациента

Родители пациента дали письменное информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации и фотографий.

### Финансирование

Работа проведена без привлечения дополнительного финансирования со стороны третьих лиц.

### Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### Участие авторов

А.В. Таганов – концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материалов, анализ полученных данных, написание текста; О.Б. Тамразова – анализ результатов, написание текста, редактирование рукописи; М.А. Гуреева – концепция и план статьи, редактирование текста, утверждение итогового варианта текста рукописи. Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

## Литература

- Ivanov OL, Khalidin AA, Zaborova VA, Khalidina MV. Современный взгляд на синдром Роуэлла. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2003;(1):20–2.
- Kalamkaryan AA, Mordovtsev VN, Trofimova LYa. Клиническая дерматология. Редкие и атипичные дерматозы. Ереван: Айастан; 1989. 567 с.
- Галлямова ЮА. Синдром Роуэлла в практике дерматолога. Лечащий врач. 2011;(10):22–4.
- Беренбейн БА, Шахнес ИЕ. К вопросу о синдроме Роуэлла. Вестник дерматологии и венерологии. 1990;66(1):60–2.
- Молочков ВА, Шахнес ИЕ, Катунцева НН. Синдром Роуэлла. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2002;(2):21–3.
- Адаскевич ВП. Неотложная дерматология. М.: Триада-фарм; 2001. 196 с.
- Scholtz M. Lupus erythematosus acutus disseminates haemorrhagicus. Arch Dermatol Syphilol. 1922;6:466.
- Rowell NR, Beck JS, Anderson JR. Lupus erythematosus and erythema multiforme-like lesions. A syndrome with characteristic immunological abnormalities. Arch Dermatol. 1963;88:176–80. doi: 10.1001/archderm.1963.01590200064012.
- Yang S, McHargue Ch. Rowell syndrome: A case of erythema multiforme-like skin lesions in the setting of preexisting subacute cutaneous lupus erythematosus. J Am Acad Dermatol. 2014;70(5 Suppl 1):AB59.
- Müller CS, Hinterberger L, Vogt T, Pfohler C. Rowell syndrome – case report with discussion of significance of diagnostic accuracy. BMJ Case Rep. 2011;2011. pii: bcr0920114755. doi: 10.1136/bcr.09.2011.4755.
- Camisa C, Sharma HM. Vesiculobullous systemic lupus erythematosus. Report of two cases and a review of the literature. J Am Acad Dermatol. 1983;9(6):924–33. doi: 10.1016/s0190-9622(83)70210-0.
- Hall RP, Lawley TJ, Smith HR, Katz SI. Bullous eruption of systemic lupus erythematosus. Dramatic response to dapsone therapy. Ann Intern Med. 1982;97(2):165–70. doi: 10.7326/0003-4819-97-2-165.
- Vassileva S. Bullous systemic lupus erythematosus. Clin Dermatol. 2004;22(2):129–38. doi: 10.1016/j.clindermatol.2003.12.020.
- Yell JA, Wojnarowska F. Bullous skin disease in lupus erythematosus. Lupus. 1997;6(2):112–21. doi: 10.1177/096120339700600206.
- Lee S, Schloss E, Kowichi J. Rowell's syndrome: a case report of subacute cutaneous lupus erythematosus and erythema multiforme. Can J Dermatol. 1995;7:807–10.
- Zeitouni NC, Funaro D, Cloutier RA, Gagné E, Claveau J. Redefining Rowell's syndrome. Br J Dermatol. 2000;142(2):343–6. doi: 10.1046/j.1365-2133.2000.03306.x.
- Duarte AF, Mota A, Pereira M, Baudrier T, Azevedo F. Rowell syndrome – case report and review of the literature. Dermatol Online J. 2008;14(3):15.
- Torchia D, Romanelli P, Kerdel FA. Erythema multiforme and Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis associated with lupus erythematosus. J Am Acad Dermatol. 2012;67(3):417–21. doi: 10.1016/j.jaad.2011.10.012.
- Subha P, Srivenkateswaran K, Sivasubramanian V, Nydile SV. Rowell syndrome – a rare case report. International Journal of Current Advanced Research. 2019;8(02A):17160–1. doi: 10.24327/ijcar.2019.17161.3203.
- Синяченко ОВ, Барабадзе ИВ, Чурилов АВ. Половые и гонадотропные гормоны при патологии мочеполовых органов у больных системной красной волчанкой. Украинский терапевтический журнал. 2005;(4):62–5.
- Беренбейн БА, Студницин АА, ред. Дифференциальная диагностика кожных болезней. М.: Медицина; 1989. 672 с.
- Bhat RY, Varma C, Bhatt S, Balachandran C. Rowell syndrome. Indian Dermatol Online J. 2014;5(Suppl 1):S33–5. doi: 10.4103/2229-5178.144526.
- Brănișteanu DE, Ianoși SL, Dimitriu A, Stoleriu G, Oanță A, Brănișteanu DC. Drug-induced Rowell syndrome, a rare and difficult to manage disease: A case report. Exp Ther Med. 2018;15(1):785–8. doi: 10.3892/etm.2017.5557.
- Ivanov OL, Khalidin AA, Zaborova VA, Khalidina MV. A recent understanding of Rowell's syndrome. Russian Journal of Skin and Venereal Diseases. 2003;(1):20–2. Russian.
- Kalamkaryan AA, Mordovtsev VN, Trofimova LYa. Clinical dermatology. Rare and atypical dermatoses. Yerevan: Hayastan; 1989. 567 p. Russian.
- Gallyamova YuA. Rowell syndrome in a dermatologist's practice. Lechashchiy Vrach. 2011;(10):22–4. Russian.
- Berenbein BA, Shakhnes IE. On the issue of Rowell syndrome. Vestnik Dermatologii i Venereologii. 1990;66(1):60–2. Russian.
- Molochkov VA, Shakhnes IE, Katuntseva NN. Rowell syndrome. Russian Journal of Skin and Venereal Diseases. 2002;(2):21–3. Russian.
- Adaskevich VP. Emergency dermatology. Moscow: Triada-farm; 2001. 196 p. Russian.
- Scholtz M. Lupus erythematosus acutus disseminates haemorrhagicus. Arch Dermatol Syphilol. 1922;6:466.
- Rowell NR, Beck JS, Anderson JR. Lupus erythematosus and erythema multiforme-like lesions. A syndrome with characteristic immunological abnormalities. Arch Dermatol. 1963;88:176–80. doi: 10.1001/archderm.1963.01590200064012.
- Yang S, McHargue Ch. Rowell syndrome: A case of erythema multiforme-like skin lesions in the setting of preexisting subacute cutaneous lupus erythematosus. J Am Acad Dermatol. 2014;70(5 Suppl 1):AB59.
- Müller CS, Hinterberger L, Vogt T, Pfohler C. Rowell syndrome – case report with discussion of significance of diagnostic accuracy. BMJ Case Rep. 2011;2011. pii: bcr0920114755. doi: 10.1136/bcr.09.2011.4755.
- Camisa C, Sharma HM. Vesiculobullous systemic lupus erythematosus. Report of two cases and a review of the literature. J Am Acad Dermatol. 1983;9(6):924–33. doi: 10.1016/s0190-9622(83)70210-0.
- Hall RP, Lawley TJ, Smith HR, Katz SI. Bullous eruption of systemic lupus erythematosus. Dramatic response to dapsone therapy. Ann Intern Med. 1982;97(2):165–70. doi: 10.7326/0003-4819-97-2-165.



13. Vassileva S. Bullous systemic lupus erythematosus. *Clin Dermatol.* 2004;22(2):129–38. doi: 10.1016/j.clindermatol.2003.12.020.
14. Yell JA, Wojnarowska F. Bullous skin disease in lupus erythematosus. *Lupus.* 1997;6(2):112–21. doi: 10.1177/096120339700600206.
15. Lee S, Schloss E, Kowichi J. Rowell's syndrome: a case report of subacute cutaneous lupus erythematosus and erythema multiforme. *Can J Dermatol.* 1995;7:807–10.
16. Zeitouni NC, Funaro D, Cloutier RA, Gagné E, Claveau J. Redefining Rowell's syndrome. *Br J Dermatol.* 2000;142(2):343–6. doi: 10.1046/j.1365-2133.2000.03306.x.
17. Duarte AF, Mota A, Pereira M, Baudrier T, Azevedo F. Rowell syndrome – case report and review of the literature. *Dermatol Online J.* 2008;14(3):15.
18. Torchia D, Romanelli P, Kerdel FA. Erythema multiforme and Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis associated with lupus erythematosus. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67(3):417–21. doi: 10.1016/j.jaad.2011.10.012.
19. Subha P, Srivenkateswaran K, Sivasubramanian V, Nydile SV. Rowell syndrome – a rare case report. *International Journal of Current Advanced Research.* 2019;8(02A):17160–1. doi: 10.24327/ijcar.2019.17161.3203.
20. Sinyachenko OB, Barabadze IV, Churilov AV. Sex and gonadotropin hormones in urogenital system diseases in patients with systemic lupus erythematosus. *Ukrainian Therapeutical Journal.* 2005;(4):62–5. Russian.
21. Berenbein BA, Studnitsin AA, editors. *Differential diagnosis of skin diseases.* Moscow: Meditsina; 1989. 672 p. Russian.
22. Bhat RY, Varma C, Bhatt S, Balachandran C. Rowell syndrome. *Indian Dermatol Online J.* 2014;5(Suppl 1):S33–5. doi: 10.4103/2229-5178.144526.
23. Brănișteanu DE, Ianoși SL, Dimitriu A, Stoleriu G, Oanță A, Brănișteanu DC. Drug-induced Rowell syndrome, a rare and difficult to manage disease: A case report. *Exp Ther Med.* 2018;15(1):785–8. doi: 10.3892/etm.2017.5557.

## Rowell syndrome in dermatological practice (a clinical case)

A.V. Taganov<sup>1</sup> • O.B. Tamrazova<sup>1,2</sup> • M.A. Gureeva<sup>1</sup>

Rowell syndrome is a rare cluster of symptoms characterized by clinical manifestation of lupus erythematosus and erythema multiforme (EM). About 100 cases of the syndrome have been reported in medical publications during the last 100 years. This may be related to misinterpretation of the symptoms and subsequent incorrect diagnosis due to its EM-like manifestations. Important clues for the diagnosis of Rowell syndrome are findings of positive rheumatoid factor, anti-nuclear antibodies and other erythematosid markers, as well as additional investigations, in particular, direct immunofluorescence technique. The paper describes a clinical case of Rowell syndrome in a 16-year old male patient. The diagnosis was challenging due to EM-like skin manifestations and required additional laboratory work-up, as well as the patient's follow-up. The diagnosis of Rowell syndrome was based on the clinical manifestations and on such diagnostic criteria as positive rheumatoid factor and anti-nuclear antibodies, as well as histological and laboratory abnormalities characteristic of the erythematosid. The patient was hospitalized and received the following

treatment: prednisolone infusion (2.5 mg/kg/daily for 7 days), chloropyramine (1 mL i.m. twice daily for 5 days), hydroxychloroquine (6.5 mg/kg daily for 5 days), magnesium asparaginate/potassium asparaginate (one tablet (166.3 mg/175 mg) 3 times daily for 7 days), topical methylprednisolone aceponate cream 1% (once daily for 7 days). The treatment resulted in positive changes in the skin lesion and improvement of his general state. This clinical observation gives an example of classic Rowell syndrome proven both by lab and clinical signs, taking into account skin symptoms of lupus erythematosus and EM-like rash.

**Key words:** Rowell syndrome, case report, systemic lupus erythematosus, erythema multiforme

**For citation:** Taganov AV, Tamrazova OB, Gureeva MA. Rowell syndrome in dermatological practice (a clinical case). *Almanac of Clinical Medicine.* 2019;47(5):470–6. doi: 10.18786/2072-0505-2019-47-049.

Received 26 August 2019; revised 15 September 2019; accepted 23 September 2019; published online 8 October 2019

**Alexey V. Taganov** – MD, PhD, Professor of the Chair of Dermatology and Venerology, Faculty of Continuing Medical Education, Institute of Medicine<sup>1</sup>; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5056-374X>

✉ 6 Miklukho-Maklaya ul., Moscow, 117198, Russian Federation. Tel.: +7 (495) 724 79 51. E-mail: matis87177@yandex.ru

**Olga B. Tamrazova** – MD, PhD, Professor of RAS, Professor of the Chair of Dermatology and Venerology, Faculty of Continuing Medical Education, Institute of Medicine<sup>1</sup>; Consultant Physician<sup>2</sup>; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3261-6718>. E-mail: anait\_tamrazova@mail.ru

**Marina A. Gureeva** – MD, Assistant of the Chair of Dermatology and Venerology, Faculty of Continuing Medical Education, Institute of Medicine<sup>1</sup>; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8212-6210>. E-mail: m.gureeva1@gmail.com

### Informed consent statement

The patient's parents have given their informed written consent for publication of his personal medical information and images.

### Conflict of interests

The authors declare that they have no conflict of interests.

### Authors' contributions

A.V. Taganov, the paper concept and design, data collection and management, data analysis and text writing; O.B. Tamrazova, analysis of the results, text writing and editing of the manuscript; M.A. Gureeva, the paper concept and design, text editing, approval of the final version of the manuscript. All the authors have contributed significantly to the study conduct and preparation of the paper, have read and approved its final version before the publication.

<sup>1</sup> Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University); 6 Miklukho-Maklaya ul., Moscow, 117198, Russian Federation

<sup>2</sup> Bashlyaeva Children's City Clinical Hospital, Moscow; 28 Geroev Panfilovtsev ul., Moscow, 125373, Russian Federation