

# Żółtobrunatne zmiany skórne u chorej z cukrzycą

lek. Anna Wójcik-Maciejewicz

dr n. med. Adam Reich

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM, Wrocław

Medycyna po Dyplomie 2011(20): 3(180): 88-90

Program edukacyjny akredytowany przez Polskie Towarzystwo Dermatologiczne i koordynowany przez prof. dr. hab. med. Eugeniusza Barana

## Opis przypadku

21-letnia kobieta została przyjęta do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM we Wrocławiu w celu ustalenia przyczyny i rozpoczęcia leczenia zmian skórnych o charakterze podłużnych blaszek o żółtobrunatnym odcieniu, zlokalizowanych po stronie wyprostnej podudzi. W części środkowej zmian widoczne były prześwitujące przez ścieńczały naskórek rozszerzone naczynia krwionośne (ryc. 1). Zmiany skórne pojawiły się 2 lata wcześniej. Pacjentka nie zgłaszała żadnych towarzyszących im dolegliwości. Na podstawie wywiadu ustalono, że od 8. r.ż. choruje na cukrzycę typu 1, ponadto w 17. r.ż. rozpoznano u niej celiakię. Była leczona insuliną, akarbozą, bisoprololem (zalecenie kardiologa z powodu częstych napadów tachykardii), preparatami żelaza (z powodu niedokrwistości syderopenicznej) oraz z powodu zaburzeń gospodarki lipidowej: fenofibratem i symwastatyną. Dotychczas zmiany skórne były leczone, bez widocznej poprawy, w trybie ambulatoryjnym stosowanymi miejscowo preparatami zawierającymi glikokortykosteroidy o średniej sile działania.



□ Rycina 1. Żółtobrunatne blaszki na wyprostnej powierzchni podudzi u pacjentki z cukrzycą typu 1

Przy przyjęciu do Kliniki w badaniu przedmiotowym poza obecnością zmian skórnych nie wykazano innych istotnych odchyżeń od normy. Na podstawie badań laboratoryjnych stwierdzono: złą kontrolę glikemii (glikemia na czczo 120 mg/dl, glikemia 2 h po posiłku 200 mg/dl, glikozuria rzędu

50 mg/dl, poziom hemoglobiny glikowanej 9,2%), hipertriglicydemię (stężenie cholesterolu całkowitego w surowicy 200 mg/dl, LDL 117 mg/dl, stężenie triglicerydów w surowicy 222 mg/dl) oraz cechy niedokrwistości z niedoboru żelaza (RBC 4,280 mln/ $\mu$ l, Hg 10,0 g/dl, MCV 73,4 fl).

## Pytania (prawidłowych odpowiedzi może być kilka)

### 1. Najbardziej prawdopodobnym rozpoznaniem przyczyny zmian skórnych w opisywanym przypadku jest:

- Ziarniniak obrączkowaty
- Sarkoidoza skóry
- Obumieranie tłuszczowate
- Twardzina zanikowa ograniczona

### 2. W opisanej postaci choroby zmiany najczęściej lokalizują się na:

- Kończynach górnych
- Wyprostnej powierzchni podudzi
- Grzbietowej powierzchni stóp
- Brak typowej lokalizacji tego typu zmian

### 3. Opisywana choroba zwykle towarzyszy:

- Chorobom autoimmunologicznym, np. celiakii
- Cukrzycy typu 1
- Niedokrwistości z niedoboru żelaza
- Sarkoidozie płucnej

### 4. Wybierz najbardziej charakterystyczne cechy kliniczne omawianych zmian skórnych:

- Nieswędzące, owalne, siniofioletowe, wyniosłe grudki
- Swędzące, wieloboczne, różnobarwne, płaskie zmiany rumieniowo-naciekowe
- Niebolesne, dobrze odgraniczone ogniska, o żółtobrązowym zabarwieniu, z zanikiem w części środkowej
- Zwykle bolesne, dość słabo odgraniczone od otoczenia, o brunatnym zabarwieniu, zazwyczaj bez zaniku w części środkowej

### 5. Rozwój zmian w przebiegu opisywanej dermatozy może być następującym:

- Urazu
- Mikroangiopatii cukrzycowej
- Odkładania się złogów lipidów w skórze

- Obecności krążących przeciwciał przeciw transglutaminazie tkankowej, które odkładają się w skórze

### 6. Do typowych zmian skórnych związanych z cukrzycą należą:

- Rogowacenie mieszkowe
- Rumień twarzy i powierzchni dłoniowych rąk
- Trądzik
- Zakażenia grzybicze skóry, głównie wywołane przez drożdżaki

### 7. Z celiakią często współwystępuje/współwystępują:

- Obumieranie tłuszczowate
- Obrzęk stwardniały
- Opryszczkowate zapalenie skóry
- Kępki żółte wysiewne

### 8. W przebiegu zaburzeń gospodarki lipidowej na skórze często obserwuje się:

- Kępki żółte linijne dłoni
- Obumieranie tłuszczowate
- Tłuszczaki
- Kępki żółte rzekome

### 9. W leczeniu miejscowym obserwowanych u pacjentki zmian skórnych stosuje się:

- Leki przeciwbakteryjne
- Leki przeciwgrzybicze
- Glikokortykosteroidy
- Inhibitory kalcyneuryny, np. takrolimus

### 10. W leczeniu ogólnym wymienionych zmian skórnych stosuje się:

- Leki poprawiające właściwości reologiczne krwi, np. pentoksyfilinę
- Kwas acetylosalicylowy
- $\beta$ -adrenolityki, np. bisoprolol
- Terapię PUVA

## Program Edukacyjny Dermatologia 19/12 – rozwiązanie i komentarz

**P**rezentowano przypadek pacjenta, u którego rozpoznano liniijną IgA dermatozę pęcherzową. Jest to rzadko występujące schorzenie wykazujące pewne cechy chorób pęcherzowych skóry. Występuje ono zarówno u dzieci, jak i u osób dorosłych. Zmiany skórne mają charakter wielopostaciowy. Obserwuje się rumienie, grudki, pęcherze i pęcherzyki, przy czym często dominują zmiany pęcherzowe. Ich umiejscowienie jest rozmaite. Obraz kliniczny jest często łudząco podobny do obrazu opryszczkowego zapalenia skóry, czyli choroby Dühringa. W przypadku gdy jedynymi widocznymi zmianami są dobrze napięte pęcherze, choroba wymaga diagnostyki różnicowej z pemfigoidem. Zmianom skórnym w przebiegu IgA pęcherzycy towarzyszą świąd i pieczenie, często bardzo nasilone. Choroba ma przewlekły przebieg z okresami nawrotów, a czasami samoistnych remisji. O rozpoznaniu decyduje badanie immunofluorescencyjne bezpośrednio wycinka zmienionej chorobowo skóry, które ujawnia liniijne złogi IgA wzdłuż błony podstawnej naskórka. Niekiedy przeciwciała klasy IgA przeciwko błonie podstawnej naskórka można wykryć w surowicy. Liniijna IgA dermataza pęcherzowa może towarzyszyć nowotworom złośliwym narządów wewnętrznych, dlatego zaleca się wykonanie diagnostyki w tym kierunku. U niektórych pacjentów z nielicznymi zmianami skórnymi wystarcza leczenie zewnętrzne oraz odpowiednia pielęgnacja skóry, często konieczne jest jednak wdrożenie terapii ogólnej.

W leczeniu stosuje się najczęściej dapson w dawkach 50-100 mg/24h, glikokortykosteroidy w niewielkich dawkach (np. prednizon 20-30 mg/24h) oraz doksycyklinę (100 mg/24h).

Rzadziej zastosowanie znajdują erytromycyna, cyklosporyna A czy kolchicyna. Obecnie z dużym powodzeniem terapeutycznym stosuje się dapson, sprowadzany w ramach importu docelowego. Należy on do grupy sulfonów. Jest to lek przeciwbakteryjny, skuteczny we wszystkich rodzajach trądu. Przed wdrożeniem terapii należy wykonać u pacjenta badanie określające aktywność krwinkowej dehydrogenazy glukozo-6-fosforanowej. W przypadku zaburzonej aktywności tego enzymu (w Polsce zdarza się to jedynie u ok. 0,1% populacji) u pacjenta leczonego dapsonem dochodzić może do nasilonej hemolizy.

W trakcie leczenia konieczna jest okresowa kontrola morfologii krwi. Zazwyczaj początkowo podaje się dawkę 50 mg/24h, a po kilkunastu dniach zwiększa się ją do 100 mg/24h. Najczęściej jest to dawka docelowa pozwalająca uzyskać kontrolę choroby. Niekiedy konieczne jest stosowanie 200 mg/24h. Po kilku tygodniach od wygojenia się zmian należy rozpocząć stopniowe zmniejszanie dawki, a następnie odstawianie leku. Długość terapii ustalana jest w zależności od sytuacji klinicznej; często wynosi kilkanaście tygodni.

Prawidłowe odpowiedzi:

1. d, 2. abd, 3. b, 4. abc, 5. d, 6. d, 7. abcd, 8. abcd, 9. d, 10. abcd

Adres do korespondencji: lek. Iwona Kuczborska, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Akademii Medycznej, ul. Chałubińskiego 1, 50-368 Wrocław. E-mail: iwonak4wsk@interia.pl

Piśmiennictwo:

1. Dmochowski M. Liniijna IgA dermataza pęcherzowa. Post Derm Alerg 2003;20(6): 351-364.
2. Sokołowska-Wojdyło M, Sztaba-Kania M, Sobjanek M i wsp. Różnorodność obrazu klinicznego liniijnej IgA dermatozy pęcherzowej (LABD) w materiale Pracowni Immunodermatologii i Serologii Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Akademii Medycznej w Gdańsku. Post Derm Alerg 2007;24(2):82-88.