



Nadżerkowa blaszka na policzku

dr n. med. Iwona Chlebicka, dr n. med. Andrzej Bieniek, dr hab. n. med. Joanna Maj
Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Akademii Medycznej, Wrocław
Medycyna po Dyplomie 2011(20); 12(189): 92-95

Opis przypadku

52-letnia kobieta została przyjęta na oddział chirurgii plastycznej Kliniki Dermatologii w celu operacyjnego leczenia zmiany skórnej o charakterze białawej, stwardniałej blaszki, zlokalizowanej na prawym policzku, występującej i powiększającej się od ośmiu lat. Wcześniej pacjentka była wielokrotnie konsultowana dermatologicznie; początkowo rozpoznawano reakcję alergiczną i zalecono kortykosteroidy zewnętrzne, później stosowano substancje przyspieszające gojenie się ran. Stan miejscowy nie ulegał jednak poprawie, a zmiana stale rozrastała się obwodowo.

Przy przyjęciu widoczna była biaława, stwardniała blaszka z licznymi teleangiektazjami oraz drobnymi strupami na powierzchni, niewyraźnie odgraniczona od otoczenia, zlokalizowana w okolicy kąta przysrodkowego oka, ściany bocznej nosa po stronie prawej oraz prawego policzka (ryc. 1). Wykonano biopsję sztanową, a uzyskany obraz histopatologiczny potwierdził podejrzewaną diagnozę.

Pacjentkę zakwalifikowano do zabiegu mokrochirurgicznego metodą Mohsa, z pełną kontrolą histopatologiczną marginesów wycięcia (brzeżów i dna) prowadzoną w skrawkach mrożonych. Wykonywano czterokrotnie zabieg wycinania zmiany, z histopatologiczną oceną śródoperacyjną. Po czwartym wycięciu dotarto do marginesów wolnych od nacieku nowotworowego. Na rycinie 2 kolorowymi liniami zaznaczono kolejne etapy usuwania zmiany. Marginesy wycięcia w różnych kierunkach wyniosły 4, 8, 12 lub 16 mm, a średni margines 11 mm. Po stwierdzeniu braku nacieków nowotworowych w marginesach wycięcia ubytek pokryto przeszczepem skóry pełnej grubości pobranym z okolicy nadobojczykowej prawej (ryc. 3). W celu zwiększenia szansy prawidłowego wgojenia się przeszczepu założono opatrunek wiązany, mający za zadanie jak najlepsze dociśnięcie przeszczepu do podłoża oraz jego unieruchomienie. Pacjentka została wypisana do domu z zaleceniami pielęgnacji rany i wizyt kontrolnych w poradni chirurgii plastycznej w ciągu 5 lat po leczeniu. Wizyty w ciągu pierwszego roku powinny się odbywać co trzy miesiące w celu szybkiego wykrycia ewentualnej wznowy miejscowej.

Pytania (prawidłowych odpowiedzi może być kilka)

1. Opisano przypadek pacjentki, u której najbardziej prawdopodobnym rozpoznaniem jest:

- a. Twardzina ograniczona
- b. Rak podstawnokomórkowy, podtyp twardzinopodobny
- c. Rak kolczystokomórkowy
- d. Rogowiak kolczystokomórkowy

2. Zmiany w omawianej chorobie są najczęściej zlokalizowane na:

- a. Twarzy
- b. Tułowiu
- c. Kończynach górnych
- d. Nie ma predylekcji do występowania w określonych regionach skóry

3. Opisywana dolegliwość najczęściej występuje u:

- a. Dzieci
- b. Młodzieży
- c. Osób starszych
- d. Tak samo często we wszystkich grupach wiekowych

4. Do czynników zwiększających ryzyko rozwoju opisywanego schorzenia nie należą:

- a. Czynniki genetyczne
- b. Promieniowanie UV
- c. Stosowanie fotoprotekcji
- d. Jasny typ karnacji i albinizm

5. Wybierz prawidłowe stwierdzenie lub stwierdzenia dotyczące opisywanej jednostki chorobowej:

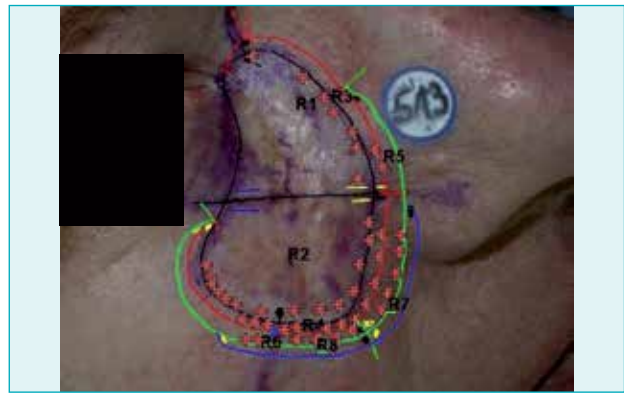
- a. Częstość zachorowań się zmniejsza
- b. Częstość zachorowań się zwiększa
- c. Coraz częściej chorują osoby młodsze
- d. Żadna odpowiedź nie jest prawidłowa

6. Podstawowym sposobem leczenia w omawianej chorobie jest:

- a. Chirurgiczne wycięcie zmiany
- b. Chemioterapia ogólnoustrojowa
- c. Zewnętrzne stosowanie kortykosteroidów
- d. Fototerapia



Rycina 1. Stwardniała blaszka w okolicy kąta przyśrodkowego oka, na ścianie bocznej nosa po stronie prawej i na prawym policzku. Na powierzchni widoczne liczne teleangiektazje i strupy. Kolorem fioletowym zaznaczono linię pierwszego wycięcia.



Rycina 2. Czterema kolorami oznaczono kolejne etapy wycięcia nowotworu: czarnym – pierwsze wycięcie, czerwonym – drugie, zielonym – trzecie, niebieskim – czwarte i zarazem ostatnie.



Rycina 3. Stan bezpośrednio po wycięciu zmiany. Ubytek w trakcie pokrywania przeszczepem skóry pełnej grubości.

7. Alternatywnymi metodami terapeutycznymi stosowanymi w wybranych przypadkach nowotworów skóry są:

- a. Kriochirurgia
- b. Laseroterapia
- c. Radioterapia
- d. Terapia fotodynamiczna

8. Twórcą metody w chirurgii mikrograficznej polegającej na wycinaniu nowotworu z następowym, pełnym i szybkim śródoperacyjnym badaniem histopatologicznym, jest:

- a. H. Koebner
- b. F. Mohs
- c. H. Gottron
- d. B. Konz

9. Standardowy margines wycięcia stosowany w przypadku raka podstawnomórkowego niskiego stopnia ryzyka wynosi:

- a. 1 mm
- b. 3-4 mm
- c. 1 cm
- d. 2 cm

10. Do czynników ryzyka wznowy raka podstawnomórkowego należą:

- a. Duże rozmiary zmiany
- b. Lokalizacja na plecach
- c. Lokalizacja w części centralnej twarzy
- d. Typ guzkowy raka

Quiz można rozwiązać na stronie <http://www.podyplomie.pl/testy> lub przestać formularz z odpowiedziami – zamieszczony na stronie 2 (pod PE Dermatologia) – do redakcji do 31 stycznia 2012 r.

Program Edukacyjny Dermatologia 20/9 – rozwiązanie i komentarz

Opisano przypadek pacjentki, u której przed wielu laty rozpoznano twardzinę układową (*scleroderma systemica*). Jest to przewlekła choroba o podłożu autoimmunologicznym. W jej przebiegu dochodzi do postępującego procesu patologicznego włóknienia w obrębie skóry i narządów wewnętrznych. Występują również zaburzenia mikrokrążenia obwodowego o różnym nasileniu. Patologia naczyń prowadzi do wielu zmian skórnych oraz zaburzeń narządowych.

Najbardziej charakterystycznym objawem twardziny układowej są zmiany skórne (stąd nazwa choroby: *scleroderma* – twarda skóra). Ze względu na rozległość zajęcia skóry chorobę tę dzieli się na dwa podtypy: postać ograniczoną (*acroscle-rosis*) oraz postać uogólnioną. Częściej występuje postać ograniczona, dla której charakterystyczny jest objaw Raynauda (napadowe blednięcie, sinienie, a następnie zaczerwienienie rąk, prowokowane najczęściej zmianą temperatur). Objaw ten czasem o kilka lat wyprzedza rozwój choroby. Postępujące procesy włóknienia i waskulopatii akralnych (czyli dotyczących dystalnych części kończyn) mogą prowadzić do sklerodaktylii, zaników opuszek palców, przykurczów zgięciowych i tworzenia się owrzodzeń w obrębie palców. W wyniku włóknienia narządów wewnętrznych może dojść m.in. do zaburzeń połykania, trudności w oddychaniu, zaburzeń rytmu serca i niewydolności nerek. Charakterystyczne dla twardziny zaburzenia naczyniowe są określane mianem waskulopatii typowej dla twardziny.

Kapilaroskopia jest bezinwazyjnym i bezpiecznym sposobem oceny zaburzeń mikrokrążenia w tej chorobie. Badanie polega na mikroskopowej analizie naczyń w obrębie wału paznokciowego. Charakterystycznymi dla twardziny zmianami w kapilaroskopii są: zmniejszenie liczby naczyń krwionośnych, występowanie obszarów beznaczyniowych (awaskularyzacji), poszerzenie pętli naczyniowych (obecność tzw. megakapilar), obszary nowotworzenia naczyń i wybroczyny czapeczkowate. Inną bezinwazyjną metodą oceny unaczynienia, dokonywaną poprzez analizę ucieplenia dystalnych części kończyn, jest termografia. Porozszerzane drobne naczynia krwionośne są nazywane teleangiektazjami. Poza twardziną

układową występują również w przypadku m.in. przewlekłego stosowania kortykosteroidów, w zespole ataksja-teleangiektazja, w marskości wątroby i niewydolności żyłnej.

Leczenie twardziny układowej powinno być dobrane indywidualnie dla każdego pacjenta i zależy od aktywności choroby oraz stopnia zajęcia narządów wewnętrznych. Ze względu na nasilony proces zaburzeń naczyniowych jedną z podstawowych grup leków stosowanych w tej chorobie są leki rozszerzające naczynia krwionośne lub poprawiające właściwości reologiczne krwi. Należą do nich antagoniści wapnia (np. nifedypina, amlodypina), pentoksyfilina, analogi prostaglandyn i prostacykliny (np. alprostadyl, iloprost), antagoniści receptorów dla endoteliny (np. bozentan), inhibitory fosfodiesterazy (np. sildenafil). Głównym antagonistą wapnia stosowanym u pacjentów z rozpoznaną twardziną układową jest nifedypina, podawana najczęściej w dawkach 30-60 mg/24h. Lek ten ma działanie antyagregacyjne i rozszerzające naczynia. Zmniejsza częstotliwość występowania objawu Raynauda oraz przyspiesza gojenie się nadżerek w obrębie palców. Pentoksyfilina jest zazwyczaj zarezerwowana dla chorych z nasilonym objawem Raynauda i nadżerkami w obrębie palców. Stosowana jest w powolnych wlewach dożylnych i ze względu na działania niepożądane i interakcje lekowe wymaga stałego monitorowania pacjenta.

Lekiem stosowanym w terapii pacjentów z objawem Raynauda w postaci przeskórnej jest nitrogliceryna w maści, a lekami z wyboru w leczeniu nadciśnienia nerkopochodnego – inhibitory ACE.

Prawidłowe odpowiedzi:

1. a, 2. b, 3. abcd, 4. abcd, 5. cd, 6. abcd, 7. ac, 8. ac, 9. b, 10. a

Adres do korespondencji: dr n. med. Iwona Chlebicka, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Akademii Medycznej, ul. Chałubińskiego 1, 50-368 Wrocław; tel.: (71) 784 23 36; e-mail: iwona4wsk@interia.pl

Piśmiennictwo:

1. Sicińska J, Rudnicka L. Współczesne metody leczenia twardziny układowej. Leki wpływające na zaburzenia krążenia obwodowego i włóknienie. *Pol Merk Lek* 2008;146:196-199.
2. Jafiszow U, Kowal-Bielecka O, Sierakowski S. Kapilaroskopia w diagnostyce twardziny układowej. *Postępy Hig Med Dośw* 2005;59:340-345.
3. Kowal-Bielecka O, Domysławska I, Sierakowski S. Ocena zmian skórnych u chorych na twardzinę układową: uwagi praktyczne i znaczenie kliniczne. *Reumatologia* 2005;43:310-312.