



Ogniska rumieniowo-naciekowe na twarzy

lek. Karolina Mędrak

dr n. med. Adam Reich

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Akademii Medycznej, Wrocław

Medycyna po Dyplomie 2011(20); 10(187): 87-90

Opis przypadku

44-letni mężczyzna został przyjęty do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM we Wrocławiu w celu diagnostyki i leczenia rumieniowo-naciekowych zmian skórnych o średnicy 0,5-2 cm, zlokalizowanych na twarzy, uszach i karku, miejscami pokrytych drobną łuską (ryc. 1). Pierwsze pojawiły się około 3 mies. wcześniej na czole i nosie, nie towarzyszyły im żadne dolegliwości subiektywne. Pacjent nie choruje przewlekle i nie przyjmuje żadnych leków na stałe. Pracuje jako monter oznakowania drogowego. Dotychczas zmiany skórne były leczone w trybie ambulatoryjnym miejscowymi preparatami zawierającymi glikokortykosteroidy o średniej sile działania, jednak bez widocznej poprawy.

Przy przyjęciu w badaniu przedmiotowym poza obecnością zmian skórnych nie wykryto żadnych istotnych nieprawidłowości. Objaw dia-skopii był ujemny. W badaniu histopatologicznym wycinka zmienionej chorobowo skóry stwierdzono ścięczenie naskórka, który był ognisko-wo pokryty hiperkeratocytycznymi łuskami, zwyrodnienie wodniczkowe komórek warstwy podstawnej, a w skórze właściwej obecność nacieków zapalnych z komórek limfocytarnych, które występowały w skupiskach. W immunofluorescencji bezpośredniej skóry zmienionej chorobowo wykryto złogi IgA i składowej C3c dopełniacza na granicy skórno-naskórkowej.

Pytania (prawidłowych odpowiedzi może być kilka)

1. W przedstawionym przypadku najbardziej prawdopodobnym rozpoznaniem jest:

- a. Sarkoidoza skóry
- b. Gruźlica toczniowa
- c. Łuszczycza zwykła
- d. Ogniskowa postać tocznia rumieniowatego

2. W opisywanej chorobie zmiany najczęściej lokalizują się:

- a. Na skórze owłosionej głowy
- b. Na powierzchniach ciała narażonych na działanie promieniowania słonecznego
- c. Na łokciach, kolanach, w okolicy łędźwiowej oraz na obrzeżach owłosionej skóry głowy
- d. W dowolnym miejscu

3. Wskaż charakterystyczne cechy kliniczne omawianych zmian skórnych:

- a. Często obserwowany objaw Auspitz'a, czyli wystąpienie punktowego krwawienia w miejscu zadrapania zmian
- b. Świąd, powiększenie obwodowych węzłów chłonnych
- c. Wyraźne odgraniczenie od otoczenia, przeczulica
- d. Cechy bliźnowacenia w miejscach występowania zmian

4. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące diagnostyki opisanych zmian skórnych:

- a. Wynik oznaczenia przeciwciał przeciwdrobnoustrojowych jest zawsze dodatni
- b. Charakterystyczne są złogi przeciwciał i składowych dopełniacza na granicy skórno-naskórkowej zmienionej chorobowo skóry
- c. Charakterystyczne są złogi przeciwciał i składowych dopełniacza na granicy skórno-naskórkowej niezmienionej chorobowo skóry
- d. Badanie histopatologiczne jest badaniem rozstrzygającym

5. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące opisanej choroby:

- a. Świąd jest zazwyczaj nasilony
- b. Wystąpieniu objawów sprzyjają takie czynniki, jak: promieniowanie UV, zakażenia, zmiany temperatury
- c. Przy naciśnięciu skóry szklaną płytką zmiany przyjmują barwę musu jabłkowego lub palonego cukru
- d. Chorują niemal wyłącznie dzieci

6. Opisywana choroba ma etiologię:

- a. Bakteryjną, a patogenem wywołującym zmiany jest *Mycobacterium tuberculosis*
- b. Wirusową
- c. Genetyczną – spowodowana jest mutacją genu *CFTR* umiejscowionego na długim ramieniu chromosomu 7
- d. Autoimmunologiczną



Rycina 1. Rumieniowo-naciekowe, szerzące się obwodowo zmiany skórne, miejscami pokryte drobną łuską, zlokalizowane na policzku i nosie

7. Do nieskuteczności terapii opisywanych zmian skórnych mogą przyczynić się:

- a. Brak odpowiedniej fotoprotekcji
- b. Nikotynizm
- c. Zbyt krótki czas terapii
- d. Żadne z wymienionych, bowiem choroba ustępuje sama po 6-12 tygodniach niezależnie od podjętego leczenia

8. W terapii miejscowej zmian w opisanym przypadku można stosować:

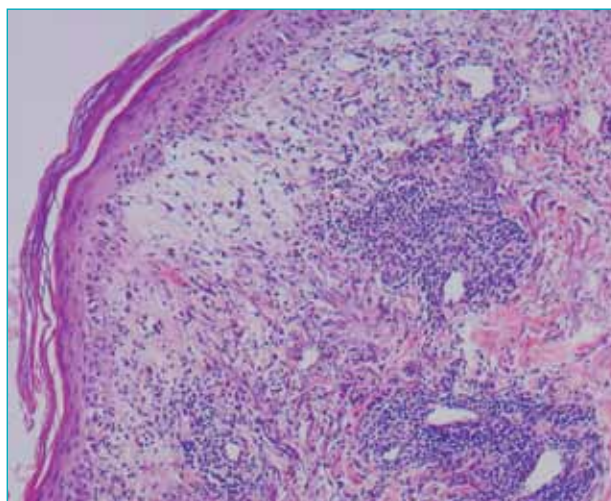
- a. Leki przeciwgrzybicze
- b. Glikokortykosteroidy
- c. Inhibitory kalcyneuryny, np. takrolimus
- d. Fotoprotekcję (SPF 50+)

9. W leczeniu ogólnym opisanych zmian skórnych stosuje się:

- a. Terapię PUVA (fotochemioterapię)
- b. Leki przeciwmalaryczne
- c. W razie nieskuteczności leków pierwszego rzutu – glikokortykosteroidy
- d. Leki przeciwgruźlicze

10. Do działań niepożądanych chlorochiny należy/należą:

- a. Uszkodzenie wzroku
- b. Przebarwienia skóry
- c. Toksyczne osutki skórne
- d. Niedokrwistość hemolityczna



Rycina 2. Badanie histologiczne wycinka pobranego ze zmiany chorobowej (barwienie: hematoksylina i eozyna). Widoczna hiperkeratoza, zwyrodnienie wodniczkowe komórek warstwy podstawnej, wygładzenie granicy skórno-naskórkowej oraz dość obfite nacieki zapalne, w przewadze z komórek limfocytarnych, w skórze właściwej, zwłaszcza wokół naczyń krwionośnych.

Quiz można rozwiązać na stronie <http://www.podyplomie.pl/testy>

lub odpowiedzi należy przesłać do redakcji do 30 listopada 2011 r. na kuponie zamieszczonym na stronie 14

Program Edukacyjny Dermatologia 20/7 – rozwiązanie i komentarz

Podostra skórna postać tocznia rumieniowatego (SCLE – *subacute cutaneous lupus erythematosus*) została po raz pierwszy opisana w 1979 r. przez Sontheimera, Thomasa i Gilliama. Cechuje się ona dużą fotowrażliwością i może wystąpić jako odmiana obrączkowata, w której zmiany mają postać owalnych lub policyklicznych, lekko uniesionych rumieni, szerczących się obwodowo i ustępujących w części centralnej, albo odmiana tłuszczycopodobna, w której ogniska chorobowe przypominają ogniska tłuszczycy lub wyprysku. Zmiany skórne nie pozostawiają blizn, choć mogą pozostawiać widoczne trwałe odbarwienia skóry. Typowe dla SCLE jest występowanie przeciwciał przeciwjądrowych: anty-La i anty-Ro, choć przeciwciała te mogą ponadto występować w innych odmianach tocznia rumieniowatego, a także w zespole Sjögrena, czyli w pierwotnym zespole suchości. Należy pamiętać, że u kobiety w ciąży przeciwciała przeciwjądrowe mogą przechodzić przez łożysko i powodować pojawienie się tocznia rumieniowatego noworodków. Jego objawy z reguły ustępują samoistnie wraz z zanikaniem matczyńskich przeciwciał, ale warto wspomnieć, że obecność przeciwciał anty-Ro wiąże się z ryzykiem wrodzonego bloku serca i z tego powodu wszystkie dzieci urodzone przez matki posiadające te przeciwciała wkrótce po urodzeniu powinny zostać skierowane na konsultację do kardiologa w celu wykluczenia tego groźnego powikłania. W diagnostyce SCLE poza podstawowymi badaniami laboratoryjnymi oraz badaniami immunologicznymi wykrywającymi przeciwciała przeciwjądrowe pomocne mogą być także badanie histologiczne oraz bezpośrednie badanie immunofluorescencyjne (tzw. *lupus band test*), w którym stwierdza się obecność złogów kompleksów immunologicznych na granicy skórno-naskórkowej. U pacjentów z SCLE złogi immunologiczne z reguły występują w obrębie skóry zmienionej chorobowo, w odróżnieniu od tocznia rumieniowatego układowego, w którym kompleksy immunologiczne obecne są także na granicy skórno-naskórkowej w skórze pozornie zdrowej.

Toczniovi rumieniowatemu, a także innym autoimmunologicznym chorobom tkanki łącznej, może towarzyszyć objaw Raynauda, polegający na zblednięciu skóry rąk, rzadziej stóp, pod wpływem np. zimna czy emocji, z następowym zasinieniem i czynnym przekrwieniem, czemu z reguły towarzyszy silny ból oraz inne objawy subiektywne. Objaw Raynauda jest związany ze skurczem naczyń tętniczych, choć dokładny patomechanizm tego objawu pozostaje niejasny. Należy jednak pamiętać, że objaw Raynauda nie jest patognomoniczny dla

autoimmunologicznych chorób tkanki łącznej i może występować w bardzo wielu innych schorzeniach, np. w miażdżycy tętnic, chorobie wibracyjnej, czy też może być idiopatyczny w chorobie Raynauda. Mimo że pacjent miał także inne objawy tocznia układowego, m.in. przerzedzenie włosów, pogorszenie samopoczucia, małopłytkowość, zostało spełnione tylko jedno kryterium klasyfikacyjne choroby układowej wg American College of Rheumatology: obecność przeciwciał przeciwjądrowych, a do rozpoznania choroby konieczne jest spełnienie co najmniej czterech. Małopłytkowość może być traktowana jako kryterium, jeśli liczba płytek krwi jest mniejsza niż 100 000/ μ l, natomiast anemia musi mieć charakter hemolityczny (po wykluczeniu hemolizy polekowej), a nie niedoborowy. Niedobór składowych dopełniacza również świadczy o toczącym się procesie immunologicznym, ale nie jest to kryterium klasyfikacyjne. Zgodnie z wytycznymi kryterium zajęcia nerek jest spełnione przy stwierdzeniu stałego białkomoczu (>500 mg/24 h) lub przy obecności waleczków w moczu. Podwyższenie stężenia kreatyniny w surowicy może świadczyć o uszkodzeniu nerek w przebiegu choroby, ale nie jest to kryterium rozpoznania tocznia rumieniowatego układowego.

Rokowanie w SCLE jest dość dobre, ale u części pacjentów (ok. 15-20%) obserwuje się także cechy choroby układowej, w tym również toczeń nerkowy (*lupus nephritis*). W terapii najczęściej stosuje się leki przeciwmalaryczne, glikokortykosteroidy ogólnoustrojowo oraz leki immunosupresyjne. U pacjenta zastosowano chlorochinę w dawce 2 \times 250 mg/24 h oraz dożylnie wlewy metyloprednizolonu 500 mg/24 h przez 3 kolejne dni z następowym leczeniem podtrzymującym prednizonem w dawce 15 mg/24 h oraz miejscowo aplikowanym mometazonem. Zalecono także stosowanie fotoprotekcji.

Prawidłowe odpowiedzi:

1. b, 2. b, 3. d, 4. c, 5. e, 6. a, 7. c, 8. abcd, 9. e, 10. ab

Adres do korespondencji: dr n. med. Adam Reich, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Akademii Medycznej, ul. Chałubińskiego 1, 50-368 Wrocław. Tel.: 71 784 23 33, faks: 71 327 09 42, e-mail: adi_medicalis@go2.pl

Piśmiennictwo:

1. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatology*. Volume one. Mosby, Edinburgh 2003;589-644.
2. Jabłońska S, Majewski S. *Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową*. Wyd Lek PZWL Warszawa 2006.
3. Lowe G, Henderson CL, Grau RH, et al. A systematic review of drug-induced subacute cutaneous lupus erythematosus. *Br J Dermatol* 2011;164:465-72.
4. Reich A, Marcinow K, Białynicki-Birula R. The lupus band test in systemic lupus erythematosus patients. *Ther Clin Risk Manag* 2011;7:27-32.
5. Vera-Recabarren MA, García-Carrasco M, Ramos-Casals M, Herrero C. Comparative analysis of subacute cutaneous lupus erythematosus and chronic cutaneous lupus erythematosus: clinical and immunological study of 270 patients. *Br J Dermatol* 2010;162:91-101.