



Owrzodzenia palców rąk i stóp w przebiegu układowej choroby tkanki łącznej

dr n. med. Iwona Kuczborska

dr n. med. Piotr Nockowski

dr hab. med. Joanna Maj

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

Medycyna po Dyplomie 2011(20); 9(186): 103-105

Opis przypadku

61-letnia kobieta została przyjęta do kliniki dermatologii w celu leczenia zmian skórnych w przebiegu układowej choroby tkanki łącznej, rozpoznanej przed osiemnastu laty. W przeszłości była wielokrotnie hospitalizowana i otrzymywała leki rozszerzające naczynia krwionośne i poprawiające właściwości reologiczne krwi oraz leki immunosupresyjne. W 2002 r. z powodu niewydolności nerek w przebiegu choroby podstawowej przeszczepiono jej nerkę. Organ był wydolny przez siedem lat. Od dwóch lat pacjentka jest hemodializowana. W 2002 r. z powodu martwicy amputowano jej częściowo II palec lewej ręki oraz całkowicie II palec prawej stopy.

Przy przyjęciu obserwowano sklerodaktylię w obrębie palców rąk i stóp oraz przykurcze zgięciowe w obrębie palców rąk (IV i V palec prawej ręki). Poza tym widoczne były drobne owrzodzenia w obrębie rąk i stóp (ryc. 1-3). Na twarzy zwracały uwagę liczne rozszerzone naczynia krwionośne, zanik czerwień wargowej, wyostrenie rysów twarzy i promieniste bruzdy wokół ust (ryc. 4). W wykonywanych okresowo przed przyjęciem badaniach – spirometrycznym, RTG oraz badaniu funkcji przetyku – nie obserwowano istotnych odchyśleń od normy. Wynik badań przeciwciał przeciwjądrowych był dodatni. Z powodu nasilonych w przebiegu choroby podstawowej zaburzeń naczyniowych zaplanowano terapię lekami rozszerzającymi naczynia.

Pytania (prawidłowych odpowiedzi może być kilka)

1. Najbardziej prawdopodobnym rozpoznaniem u pacjentki jest:

- a. Twardzina układowa
- b. Zapalenie skórno-mięśniowe
- c. Łuszczyca stawowa
- d. Cukrzyca typu 2

2. Opisywana choroba ma etiologię:

- a. Wirusową
- b. Autoimmunologiczną
- c. Genetyczną i jest dziedziczona w sposób autosomalny recesywny
- d. Bakteryjną

3. Typowymi objawami opisywanej choroby są:

- a. Sklerodaktylia
- b. Stwardnienie skóry
- c. Trudności w przetykaniu
- d. Zmniejszenie wydolności fizycznej

4. Wyrazem zaburzeń mikrokrążenia w omawianej jednostce chorobowej są:

- a. Owrzodzenia palców
- b. Zawały nerek
- c. Teleangiektazje
- d. Objaw Raynauda

5. Do metod bezinwazyjnej oceny zaburzeń mikrokrążenia występujących w opisywanej chorobie należy/należą:

- a. Angiografia
- b. Biopsja
- c. Kapilaroskopia
- d. Termografia

6. Charakterystycznymi dla opisywanej jednostki chorobowej zmianami w obrębie drobnych naczyń krwionośnych są:

- a. Redukcja liczby naczyń krwionośnych
- b. Obszary awaskularyzacji – występowanie obszarów beznaczyniowych
- c. Poszerzone pętle naczyń (megakapilary)
- d. Neowaskularyzacja

7. Teleangiektazje są charakterystyczne dla:

- a. Zespołu ataksja-teleangiektazja
- b. Łuszczyca zwykłej
- c. Przewlekłego stosowania kortykosteroidów
- d. Przewlekłego stosowania metronidazolu

8. Do leków naczyniowych (zwiększających przepływ krwi przez obwodowe naczynia krwionośne) stosowanych w leczeniu opisywanej choroby należy/należą:

- a. Nifedypina
- b. Cyklofosfamid



Rycina 1. Stan po amputacji dystalnego i środkowego paliczka II palca lewej ręki, przykurcze zgięciowe palców prawej ręki, sklerodaktylia



Rycina 2. Drobne, trudno gojące się owrzodzenia w obrębie dystalnego paliczka III palca lewej ręki



Rycina 3. Stan po amputacji III palca prawej stopy, drobne owrzodzenia w obrębie palców lewej stopy



Rycina 4. Zanik czerwieni wargowej, promieniste bruzdy wokół ust oraz liczne teleangiektazje

- c. Pentoksyfilina
- d. Cyklosporyna

9. Lekiem o działaniu naczyniorozszerzającym, stosowanym miejscowo, przydatnym w leczeniu objawu Raynauda jest:

- a. Syldenafil
- b. Nitrogliceryna w maści
- c. Bozentan
- d. Pentoksyfilina

10. Lekiem z wyboru stosowanym w przypadku nadciśnienia nerkopochodnego w przebiegu opisywanej choroby jest:

- a. Enalapryl
- b. Syldenafil
- c. Pentoksyfilina
- d. D-penicylamina

Odpowiedzi należy nadsyłać do 31 października 2011 r.

Program Edukacyjny Dermatologia 20/6 – rozwiązanie i komentarz

Prezentowano przypadek pacjentki, u której rozpoznano gruźlicę skóry – postać toczniową brodawkującą. Głównym czynnikiem etiologicznym choroby są kwasooporne prątki gruźlicy, inaczej prątki ludzkie (*Mycobacterium tuberculosis*). Bardziej przewlekły i łagodniejszy przebieg gruźlicy skóry w porównaniu do gruźlicy narządów wewnętrznych wynika z niekorzystnych warunków dla rozwoju prątków w skórze, która stanowi silną barierę immunologiczną. Gruźlica skóry ma różne odmiany kliniczne, do których należą: gruźlica poszczepienna, egzogenna (np. gruźlica brodawkująca, toczniowa i wrzodziejąca), gruźlica z ognisk wewnętrznych (gdy prątki przedostają się do skóry poprzez błony śluzowe), krwiopochodna (ostra prosówkowa), związana z układem chłonnym (gruźlica rozptylna).

Rozpoznanie gruźlicy skóry jest możliwe dzięki powiązaniu objawów klinicznych i wyników badań dodatkowych. Wykrycie prątków w preparatach bezpośrednich jest bardzo trudne, ponieważ większość pobranego materiału jest ubogoprątkowa. Jedynym badaniem, które umożliwia ich identyfikację, jest dodatni wynik posiewu w kierunku *M. tuberculosis* ze zmian lub stwierdzenie obecności bakteryjnego DNA za pomocą łańcuchowej reakcji polimerazy (PCR – *polymerase chain reaction*). Rozpoznanie ustala się również na podstawie obrazu histologicznego (ziarniniak z centralną martwicą i obecnością komórek olbrzymich typu Langhansa) i nadwrażliwości na tuberkulinę.

W gruźlicy skóry rozróżniamy:

- a) gruźlicę właściwą
 - toczniową (*tuberculosis luposa*) – w jej obrębie odmiany: płaską, przerosłą i wrzodziejącą oraz brodawkującą
 - węzłową (*lymphadenitis tuberculosa*)
 - rozptylną (*tuberculosis colliquativa*)
 - brodawkującą (*tuberculosis verrucosa*)
 - wrzodziejącą (*tuberculosis ulcerosa*)
- b) tuberkulidy
 - tuberkulid guzkowo-zgorzeliowy (*tuberculid papulo-necrotisans*)

c) lupoid prosówkowy rozsiany twarzy (*lupoid miliaris disseminatus faciei*)

d) rumień stwardniały (*erythema induratum*).

Na podstawie morfologii zmian skórnych i badań dodatkowych u pacjentki rozpoznano gruźlicę toczniową, odmianę brodawkującą. Jest to bardzo przewlekła postać gruźlicy skóry, która cechuje się występowaniem żółtobrunatnych lub czerwobrunatnych miękkich guzków, z widoczną hiperkeratozą lub bliznowaceniem oraz znaczną alergią na tuberkulinę. Należy zwrócić uwagę na powikłanie gruźlicy toczniowej, jakim jest rak kolczystokomórkowy, nazywany *carcinoma in lupo* (rak w toczniu). Ryzyko jego rozwoju jest większe w bliznach o gęstej konsystencji niż w bliznach miękkich.

W celu wykluczenia zmian narządowych zasadne jest skierowanie pacjenta do specjalistycznego ośrodka ftyzjatrycznego, gdzie zostaną przeprowadzone dodatkowe badania. Należy rozważyć zdjęcie RTG klatki piersiowej, posiew z płwociny, bronchoskopię, badanie moczu porannego pod kątem obecności prątków kwasoopornych oraz biopsję węzłów chłonnych. W leczeniu I rzutu stosuje się doustne preparaty przeciwgruźlicze. Standardem jest terapia wielolekowa, mająca na celu uniknięcie rozwoju lekooporności szczepów *Mycobacterium*. Zazwyczaj stosuje się izoniazyd i ryfampicynę, przez co najmniej 6 miesięcy, a przez pierwsze 2 miesiące w skojarzeniu z dwoma innymi lekami (etambutolem, pirazynamidem lub streptomycyną). Leki podaje się w jednorazowej dawce dobowej. Terapia zwykle trwa 6-9 miesięcy.

Prawidłowe odpowiedzi: 1. c, 2. d, 3. abcd, 4. abcd, 5. abcd, 6. abcd, 7. ab, 8. c, 9. abcd, 10. abd

Adres do korespondencji: lek. Karolina Kopeć, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, ul. T. Chałubińskiego 1, 50-368 Wrocław

Piśmiennictwo:

1. Jabłońska S, Majewski S. Choroby skóry i przenoszone drogą płciową. PZWL 2005;2006;2008:63-74.
2. Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH i wsp. Dermatologia. Czelej 2010.
3. Owczarek W, Targowski T, Łebkowska K i wsp. Gruźlica węzłów chłonnych szyi z ogniskiem gruźlicy rozptylnej – opis przypadku. Pneumonologia i Alergologia Polska 2009; tom 77 nr 4.