



Przewlekła dermatoza

lek. Aleksandra Batycka-Baran

dr hab. med. Wojciech Baran

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

Medycyna po Dyplomie 2011(20); 5(182): 101-103

Opis przypadku

26-letni mężczyzna został przyjęty do Kliniki Dermatologii AM we Wrocławiu w celu przeprowadzenia diagnostyki i leczenia przewlekłej dermatozy, której objawy pojawiły się 6 miesięcy wcześniej. Przy przyjęciu na oddział widoczne były zmiany rumieniowe, nadżerki i pojedyncze pęcherzyki wypełnione surowiczą treścią, zlokalizowane na łokciach, kolanach (ryc. 1) i górnej części pleców (ryc. 2). Zmianom skórnyom towarzyszył silny świąd. Pacjent był leczony doustnymi lekami przeciwhistaminowymi oraz miejscowymi preparatami kortykosteroidowymi, bez żadnego efektu.

W badaniu histopatologicznym wycinka zmienionej chorobowo skóry stwierdzono naciek zapalny w brodawkach skórnych, złożony głównie z neutrofilów oraz formowanie się pod naskórkiem przestrzeni wypełnionych płynem. W badaniu wycinka niezmięnionej chorobowo skóry metodą bezpośredniej immunofluorescencji obserwowano ziarniste złogi IgA, zlokalizowane w warstwie brodawkowej, wzdłuż granicy skórno-naskórkowej. Stężenie IgE w surowicy było prawidłowe. W badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono istotnych odchyśleń od normy.

Wykonano dodatkowo badanie swoistych przeciwciał krążących, które potwierdziło podejrzaną chorobę. Zastosowano leczenie doustne, które już po kilku dniach doprowadziło do bardzo znacznego ograniczenia świądu i spowodowało poprawę w zakresie zmian skórnych.



□ Rycina 1. Rumieniowe grudki i nadżerki zlokalizowane na łokciach i kolanach



Rycina 2. Rozsiane zmiany rumieniowe i nadżerki po pęcherzach pokryte strupami widoczne w górnej części pleców

Pytania (prawidłowych odpowiedzi może być kilka)

1. Opisane objawy i zdjęcia mogą sugerować:

- a. Łuszczycę zwykłą
- b. Rozsiany wyprysk
- c. Opryszczkowe zapalenie skóry (chorobę Duhringa)
- d. Pokrzywkę festonową

2. Najbardziej typowa lokalizacja zmian skórnych w przebiegu opisywanej jednostki chorobowej to:

- a. Łokcie i kolana
- b. Dłonie i stopy
- c. Owłosiona skóra głowy
- d. Okolice krzyżowa i pośladki

3. Z objawami skórnymi widocznymi na zdjęciach mogą współistnieć zmiany obejmujące:

- a. Spojówki
- b. Błonę śluzową narządów płciowych
- c. Stawy
- d. Żadne z powyższych

4. Cechami zmian skórnych w przebiegu choroby są:

- a. Obecność pęcherzyków i nadżerek
- b. Duża ilość łusek pokrywających zmiany skórne
- c. Stwardnienie skóry
- d. Bardzo silny świąd

5. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące opisywanej jednostki chorobowej:

- a. Może mieć związek ze zmianami w jelitach
- b. W jej przebiegu może dojść do przejściowej utraty owłosienia na skórze głowy
- c. Ma tendencję do nawrotów w okresie lata
- d. Występuje głównie u osób po 50. r.ż.

6. Opisywana jednostka chorobowa:

- a. Może być reakcją na doustne leki przeciwbakteryjne
- b. Może być nasilana przez dietę
- c. Często towarzyszy chorobom nerek
- d. Zwykle towarzyszy zakażeniom bakteryjnym

7. Jakie badania są konieczne do przeprowadzenia prawidłowej diagnostyki różnicowej choroby:

- a. Dermatoskopia
- b. Badanie stężenia przeciwciał IgA-EmA/IgA-tTG w surowicy
- c. Badanie metodą immunofluorescencji bezpośredniej
- d. Badanie stężenia przeciwciał IgM w surowicy

8. Pacjenci z omawianym schorzeniem wymagają:

- a. Stałej opieki dermatologicznej
- b. Specjalnego nadzoru nefrologicznego
- c. Diety bezglutenowej
- d. Regularnej kontroli ciśnienia tętniczego

9. W leczeniu opisywanej choroby stosuje się:

- a. Doustne leki przeciwbakteryjne
- b. Doustne leki immunosupresyjne
- c. Dapson
- d. Leki przeciwmalaryczne

10. Wskaż nieprawdziwe stwierdzenie dotyczące opisywanej choroby:

- a. Jej patomechanizm nie jest dokładnie poznany
- b. Jest to choroba zakaźna
- c. Jednym z jej objawów jest silny świąd
- d. Ma charakter przewlekły

Program Edukacyjny Dermatologia 20/2 – rozwiązanie i komentarz

Zapalenie skórno-mięśniowe (DM – *dermatomyositis*) to choroba tkanki łącznej, w której procesem chorobowym objęta jest skóra oraz mięśnie. Etiologia choroby nie została do tej pory w pełni wyjaśniona. Jej istotą są zaburzenia immunologiczne, w wyniku których dochodzi do uszkodzenia włókien mięśniowych. Procesem inicjującym reakcję autoagresji jest – według niektórych autorów – zakażenie wirusami Coxackie B. Zapalenie skórno-mięśniowe jest często rewelatorem procesów nowotworowych. W zależności od badań prawdopodobieństwo współwystępowania zapalenia skórno-mięśniowego i nowotworu waha się między 15-50%. W populacji mężczyzn najczęściej wykazywano koincydencję z nowotworem płuc, u kobiet z rakiem piersi i jajników. W badaniach immunologicznych najczęściej (w około 30%) wykrywane są przeciwciała przeciwwądrowe skierowane przeciw włóknom mięśniowym (anty-Mi-2) – uznawane za patognomoniczne dla choroby – rzadziej przeciwciała anty-Jo-1, anty-SRP i anty-PM-Scl, co wymaga różnicowania z zapaleniem mięśni o typie *poliomyositis*. Ponadto często stwierdza się podwyższoną aktywność kinazy fosfokreatynowej (CK), transaminaz, aldolazy i dehydrogenazy mleczanowej, przyspieszony odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), eozynofilię i leukocytozę z limfopenią. U około 10-20% pacjentów wykrywa się czynnik reumatoidalny. W badaniach obrazowych należy uwzględnić przede wszystkim elektromiografię (pozwalającą ocenić stopień uszkodzenia włókien mięśniowych, a także wyznaczyć miejsce pobrania wycinka diagnostycznego z mięśnia), badanie elektrokardiograficzne, spirometrię oraz RTG klatki piersiowej. Do badania histopatologicznego najczęściej pobierany jest wycinek z mięśni dających największe dolegliwości bólowe lub najbardziej objętych procesem chorobowym, w praktyce wykonuje się biopsję mięśnia naramiennego, mięśni nadgarstka lub pośladka. W badaniu histopatologicznym w aktywnej fazie choroby widoczne są obrzęknięte włókna mięśniowe, w fazie przewlekłej – wakuolizacja i rozpad włókien.

W obrazie klinicznym możemy wyróżnić fazę ostrą i przewlekłą. W fazie ostrej dominują zmiany rumieniowo-obrzękowe w obrębie twarzy, zwłaszcza w okolicy powiek, grudki nad stawami międzypaliczkowymi rąk (objaw Gottrona) oraz teleangiektazje i tkliwość skóry wokół wałów paznokciowych (objaw Keininga). Zmiany o charakterze rumienia obecne wokół szyi i na dekolcie tworzą objaw szala. Niejednokrotnie faza ta przebiega z podwyższoną temperaturą ciała, złym samopoczuciem, rzadziej z ogólnym ciężkim stanem pacjenta.

W postaci przewlekłej zapalenia skórno-mięśniowego zmiany skórne mogą przypominać te występujące w twardzinie, nie rzadko w tkance podskórnej stwierdza się obecność złogów wapnia, zwłaszcza w okolicy stawów. Zmiany narządowe w zapaleniu skórno-mięśniowym dotyczą głównie mięśni gładkich przełyku, dróg oddechowych oraz serca. Ponadto pacjent odczuwa dolegliwości bólowe i osłabienie mięśni obręczy barkowej i biodrowej, co najłatwiej zaobserwować podczas unoszenia rąk ku górze, wchodzenia po schodach czy jazdy na rowerze. Obraz kliniczny zapalenia skórno-mięśniowego u dzieci nieco różni się od postaci u dorosłych. Częściej obserwuje się występowanie postaci ostrej, w której zmiany naczyniowe mogą być bardzo nasilone. U dzieci również bardzo rzadko zapalenie skórno-mięśniowe wiąże się z nowotworami złośliwymi narządów wewnętrznych. Bardzo charakterystyczną cechą postaci przewlekłej jest natomiast obecność złogów wapnia, niekiedy bardzo rozległych. Odmianą kliniczną zapalenia skórno-mięśniowego jest postać, w której zmianom skórnym nie towarzyszą zaburzenia budowy i funkcji mięśni. Taki stan kliniczny nosi nazwę *dermatomyositis sine myositis*, czyli zapalenie skórno-mięśniowe bez zapalenia mięśni. Jednak wraz z upływem czasu nawet w tej postaci dochodzi niekiedy do powstania objawów z układu mięśniowego o różnym nasileniu. W leczeniu zapalenia skórno-mięśniowego stosuje się kortykosteroidy w dużych dawkach, kojarzone z lekami immunosupresyjnymi, najczęściej metotreksatem, azatiopryną czy cyklosporyną. W ciężkich przypadkach, opornych na leczenie, stosuje się również mykofenolan mofetylu. Przy współistnieniu procesu nowotworowego podstawowym leczeniem jest zabieg operacyjny. Zaobserwowano, że jeśli zmiana nowotworowa zostanie usunięta doszczętnie, zmiany skórne i mięśniowe ustępują bez dodatkowego leczenia. Miejscowo stosuje się preparaty takrolimusu, rzadziej glikokortykosteroidy. Bardzo ważne jest zalecenie pacjentowi prowadzenia oszczędzającego trybu życia, czyli unikanie nadmiernego wysiłku fizycznego.

Prawidłowe odpowiedzi: 1. a, 2. acd, 3. abcd, 4. acd, 5. abcd, 6. cd, 7. abcd, 8. abcd, 9. ac, 10. bcd

Adres do korespondencji: dr n. med. Danuta Nowicka, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Akademii Medycznej, ul. Chałubińskiego 1, 50-368 Wrocław

Piśmiennictwo:

1. Jabłońska S, Majewski S. Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową, Warszawa: PZWL, 2005.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, et al. Dermatologia. W. Gliński, H. Wolska (red.), Lublin 2004.
3. Miklaszewska M, Wąsik F. Dermatologia Pediatryczna Volumes Wrocław 2000.