

Jałowa osutka krostkowa

Opis przypadku

35-letni mężczyzna został przyjęty do Kliniki Dermatologii w celu przeprowadzenia diagnostyki i leczenia zmian skórnych utrzymujących się od około 2 miesięcy. Choroba skóry rozpoczęła się po kilku dniach od operacji chirurgicznej z powodu zgorzelińowego zapalenia wyrostka robaczkowego. Przy przyjęciu pacjenta na oddział dermatologiczny zmiany skórne miały charakter rumieniowo-naciekowy, z widocznym znacznym złuszczeniem. Zlokalizowane były głównie w okolicach pachowych, pachwinowych, na dekolcie i rękach (ryc. 1, 2). Podczas hospitalizacji obserwowano wysiew drobnych krost, średnicy kilku milimetrów, początkowo na obwodzie zmian rumieniowych, następnie na całej ich powierzchni (ryc. 3). Pacjent zgłaszał ponadto dolegliwości bólowe w miejscu zmian, stany podgorączkowe oraz ogólne złe samopoczucie. Wywiad rodzinny dotyczący chorób skóry nie był obciążający.

W wykonanych podczas hospitalizacji badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone stężenie glukozy na czczo i zwiększoną aktywność enzymów wątrobowych, a także obniżone stężenie hemoglobiny i zmniejszenie liczby erytrocytów. Badanie histopatologiczne wycinka skóry potwierdziło podejrzaną chorobę.

W leczeniu zastosowano metotreksat w dawce 25 mg/24h domięśniowo. Mimo leczenia początkowo obserwowano zaostrzenie zmian i pojawianie się nowych krost. Z tego względu dołączono glikokortykosteroidy ogólne: początkowo hydrokortyzon w dawce 200 mg/24h dożylnie (następnie każdego dnia zredukowano dawkę), który po kilku dniach zastąpiono prednizonem w małych dawkach (20-10 mg/24h) przez następnych kilka dni.

Nastąpiło znaczne polepszenie stanu miejscowego. Mimo odstawienia glikokortykosteroidów nie obserwowano zaostrzenia zmian skórnych. Pacjent jest leczony metotreksatem w dawce 15 mg/tydzień (3 × 5 mg co 12h) doustnie i pozostaje pod kontrolą dermatologiczną.

Pytania (prawidłowych odpowiedzi może być kilka)

1. W przedstawionym przypadku najbardziej prawdopodobnym rozpoznaniem jest:

- Łuszczyca krostkowa rozsiana (*psoriasis pustulosa disseminata*)
- Łuszczyca zwykła (*psoriasis vulgaris*)
- Ziarniniak grzybiasty (*mycosis fungoides*)
- Wyprysk rozsiany (*eczema disseminatum*)

2. W opisanej postaci choroby zmiany lokalizują się najczęściej:

- Na owłosionej skórze głowy
- W okolicach fałdów skórnych (pachwiny, pachy, pępek)
- Na kolanach i łokciach

d. W okolicy łędźwiowej

3. Krosty występujące w tej chorobie:

- Są jałowe
- Mają małe rozmiary (zazwyczaj 1-3 mm)
- Mają tendencję do zlewania się w duże, kilkunastocentymetrowe obszary
- Nie są związane z mieszkami włosowymi

4. Wysiewom zmian skórnych w przedstawionej dermatologie mogą towarzyszyć następujące objawy podmiotowe:

- Podwyższona temperatura ciała
- Dreszcze
- Złe samopoczucie
- Nigdy nie towarzyszą im żadne objawy podmiotowe

Ilek. Iwona Kuczborska,
Ilek. Karolina Kopeć,
dr n. med. Joanna Maj

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

Medycyna po Dyplomie 2010;
(19); 9 (174): 77-80

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



□ Rycina 1. Liczne krosto na ręce



□ Rycina 2. Ogniska chorobowe lokalizujące się głównie w okolicach pachwin, szyi i pach

5. O rozpoznaniu opisywanej choroby w przypadku pierwszego wysiewu zmian skórnych rozstrzyga badanie:

- Histopatologiczne
- Mykologiczne
- USG skóry
- Immunofenotypowe

6. W leczeniu ogólnym opisywanej choroby stosuje się:

- Retinoidy
- Metotreksat
- Cyklosporynę
- W sytuacjach ostrego wysiewu zmian i złego stanu ogólnego – glikokortykosteroidy

7. Przeciwwskazaniami do zastosowania retinoidów są:

- Ciąża
- Laktacja
- Cukrzyca
- Uszkodzenie wątroby i hiperlipidemia

8. Działaniami niepożądanymi retinoidów mogą być:

- Teratogenność
- Suchość warg i krwawienia z nosa
- Polekowy zespół Cushinga
- Bóle mięśniowe

9. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące opisywanej choroby:

- Ma ona przewlekły i nawrotowy charakter
- Do wysiewu zmian krostkowych może dojść nagle, w ciągu kilku godzin
- Może dochodzić do uogólniania się zmian skórnych
- Nigdy nie dochodzi do uogólniania się zmian skórnych

10. Wskaż nieprawdziwe stwierdzenie dotyczące opisywanej choroby:

- Najczęściej dotyczy dorosłych
- Najczęściej dotyczy dzieci
- Zazwyczaj wystarcza leczenie miejscowe
- Leczenie zazwyczaj jest trudne i przewlekłe



□ Rycina 3. Liczne drobne krosto na podłożu rumieniowo-naciekowym

Dermatologia 19/6 – rozwiązanie i komentarz

Postać twardzinopodobna raka podstawnkomórkowego (*carcinoma basocellulare sclerodermiforme*)

Definicja

Rak podstawnkomórkowy (BCC – *basal cell carcinoma*) jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym skóry wywodzącym się z komórek warstwy podstawnej naskórka lub pochewki mieszków włosowych, cechującym się miejscowym wzrostem i nieznaczną zdolnością do tworzenia przerzutów. Mimo to w zaawansowanych stadiach rozwoju może powodować znaczną destrukcję skóry i tkanek głębszych, a w rzadkich przypadkach prowadzić nawet do śmierci.

Epidemiologia i etiologia

Raki skóry występują częściej u osób z I i II fototypem skóry. Ze względu na znaczny udział w etiologii ekspozycji na słońce (szczególnie UVB 290-320 nm) zmiany te lokalizują się głównie na odsłoniętych częściach skóry. Częstość występowania raka podstawnkomórkowego w Europie szacuje się na 20-100/100 000, a w krajach o największym nasłonecznieniu i przewadze białej populacji do 300/100 000.

Do czynników, które zwiększają ryzyko zachorowania na raka podstawnkomórkowego, należą przede wszystkim intensywne ekspozycje na promieniowanie słoneczne oraz fenotyp skóry o zwiększonej wrażliwości na słońce (jasna karnacja, blond włosy, niebieskie oczy, skłonność do oparzeń słonecznych).

Klasyfikacja, obraz kliniczny, rozpoznanie

Według klasyfikacji WHO (2006) wyróżnia się następujące postaci kliniczno-patologiczne raka podstawnkomórkowego:

- guzkową, występującą najczęściej (ponad 60% przypadków), w tym: guzkowo-litą, guzkowo-gruczołową oraz guzkowo-torbielowatą
- powierzchowną (wielogniskową), stanowiącą 10-30% przypadków
- barwnikową (*pigmentosum*)
- twardzinopodobną, o wyglądzie bladej (cielistej), błyszczącej i twardej tarczki z teleangiektazjami, niewyraźnie odgraniczonej od otoczenia; dla tej postaci charakterystyczne jest szerokie naciekanie otoczenia, głównie na poziomie skóry właściwej.

Klasyfikacja raka podstawnkomórkowego może być uważana w praktyce za zbyt złożoną. We współczesnej onkologii skóry zwraca się uwagę na konieczność wyróżnienia jedynie dwóch grup raka podstawnkomórkowego o zróżnicowanej agresji: grupy o niewielkiej skłonności do nawrotów

oraz grupy o intensywnym wzroście i znacznym ryzyku nawrotów. Ich przebieg, a w związku z tym także prognoza zależą przede wszystkim od typu histologiczno-klinicznego, podatności na wcześniejsze próby leczenia, lokalizacji i wielkości guza.

Mniejszą agresją cechują się następujące postaci kliniczne i histologiczne: guzkowa, powierzchowna, barwnikowa i guz włóknisto-nabłonkowy, większą natomiast drobnoguzkowa, metatypowa oraz omawiana – twardzinopodobna. Według większości autorów bardziej agresywne są wznovy nowotworu po uprzednich nieskutecznych próbach leczenia (opisywano w tej grupie 18-47% nawrotowości). Podobnie wielu autorów do grupy wysokiego ryzyka zalicza także guzy w pewnych specyficznych lokalizacjach: strefa H twarzy (nos, okolice oczodołów, małżowiny uszne), owłosiona skóra głowy, oraz guzy o średnicy przekraczającej 2 cm.

Leczenie

Dysponujemy wieloma metodami terapii raka podstawnkomórkowego. Należą do nich:

- klasycznie stosowana radioterapia, współcześnie wypierana przez inne formy terapii
- kriochirurgia, będąca dobrym sposobem leczenia w przypadkach niewielkich ognisk raka z grupy niskiego ryzyka (typowo powierzchownych ognisk BCC na tułowiu)
- wyłyżeczkowanie z następową elektrokoagulacją, stosowane z powodzeniem w leczeniu powierzchownych i guzowych postaci BCC w obszarach o niskiej nawrotowości, tj. na tułowiu i kończynach, a także na twarzy poza tzw. strefą H
- chemioterapia, immunoterapia miejscowa, terapia fotodynamiczna, stosowane głównie w leczeniu powierzchownych postaci BCC.

W przypadku twardzinopodobnej postaci BCC, należącej do grupy wysokiego ryzyka, najwłaściwszym rozwiązaniem jest jednak wycięcie chirurgiczne guza. Ponieważ zakres nacieków nowotworu często przekracza granice widocznej makroskopowo zmiany powłok, we wszystkich sposobach postępowania chirurgicznego zaleca się usunięcie (zniszczenie) guza oraz pozornie zdrowego marginesu tkanek położonych w jego bezpośrednim sąsiedztwie. Zalecane marginesy chirurgicznego wycięcia złośliwych zmian skórnych wynoszą, zależnie od ich stopnia złośliwości, od kilku milimetrów do kilku centymetrów. W przypadku raków podstawnkomórkowych niskiego ryzyka stosuje się margines 2-4 mm, a wysokiego – 5-10 mm. Jeszcze korzystniejszą formą terapii jest chirurgia mikrograficzna Mohsa cechująca się najniższym odsetkiem nawrotowości (1-2%). Chirurgia mikrograficzna opiera się na ścisłej koordynacji postępowania chirurgicznego i badań histologicznych. W przypadku postaci twardzinopodobnej, ze względu na nieostre odgraniczenie zmiany od otoczenia, jest najbardziej polecaną formą leczenia radykalnego.

Kontrola po leczeniu:

W raku podstawnokomórkowym zaleca się obserwację w kierunku ewentualnej miejscowej wznowy, co 3 miesiące w ciągu pierwszego roku, co 6 miesięcy w ciągu drugiego roku oraz co rok do 5 lat po leczeniu.

Adres do korespondencji: dr n. med. Łukasz Matusiak, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, ul. T. Chałubińskiego 1, 50-368 Wrocław, tel. (71) 327 09 41; e-mail: luke71@interia.pl

Prawidłowe odpowiedzi:

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

Piśmiennictwo:

1. LeBoit PE, Burg G, Weedon D, et al. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of tumours of Skin Tumours. IARC Press, Lyon, 2006:49-118.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, et al. Dermatologia. Tom I/II, Czelej 2004.
3. Majewski S, Jabłońska S. Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. PZWL 2005.
4. Bieniek A, Pudelko M, Dziągiew P. Rozrosty nowotworowe złośliwe pochodzenia naskórkowego [w]: Baran E. (red.) Nowotwory skóry – klinika, patologia, leczenie, Galaktyka, Łódź 2008:56-67.