

# Zmiana skórna na brodzie

dr n. med. Łukasz Matusiak,  
dr n. med. Joanna Maj

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

Medycyna po Dyplomie 2010;  
(19); 6 (171): 78-80

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

## Opis przypadku

**K**obieta, lat 53, została przyjęta do kliniki w celu przeprowadzenia diagnostyki i leczenia zmiany skórnej na brodzie. Pojedyncza, płaska zmiana o zwiększonej spoistości, barwy cielistej, z delikatnie zaznaczonymi teleangiektazjami była dość słabo odgraniczona od otoczenia. Przy przyjęciu ognisko chorobowe miało kształt owalny, rozmiar 2×3 cm (ryc. 1). Zmiana pojawiła się około 3 lat temu. Powodem zgłoszenia się pacjentki do lekarza była niegojąca się, krwawiąca nadżerka na przysrodkowym brzegu.

Chorobie nie towarzyszyły żadne dolegliwości subiektywne. W badaniu przedmiotowym nie odnotowano istotnych nieprawidłowości. W wywiadzie rodzinnym nie stwierdzono chorób dermatologicznych ani schorzeń nowotworowych. W badaniach laboratoryjnych również nie zaobserwowano istotnych odchyśleń od normy. Obraz histologiczny opisywanej zmiany przedstawiono na rycinie 2.

## Pytania (prawidłowych odpowiedzi może być kilka, wybierz najpełniejszą)

### 1. W opisanym przypadku należy rozpoznać:

- Twardzinę ograniczoną
- Bliznowca
- Ognisko liszaja twardzinowego
- Postać twardzinopodobną raka podstawnkomórkowego

### 2. Wśród odmian twardziny ograniczonej wyróżnia się:

- Postać plackowatą
- Postać rozsząną
- Postać linijną
- Postać guzowatą lub keloidową

### 3. W twardzinie ograniczonej:

- Ogniska są stwardniałe, mają barwę woskowożółtą lub porcelanową
- W aktywnej fazie choroby ogniska mogą być otoczone siniofioletową obwódką
- Zawsze obecne są w surowicy przeciwciała Scl-70
- Zawsze obecne są w surowicy przeciwciała ACA

### 4. W leczeniu twardziny ograniczonej stosuje się:

- Penicylinę prokainową
- Witaminę E i kompleks fitosteroli

- Terapię PUVA
- Antybiotyk z grupy cefalosporyn jako lek z wyboru

### 5. Keloid:

- To miękki guz o nieregularnym kształcie
- Zawsze powstaje w bliznach pooparzeniowych
- To guz złożony z tkanki łącznej włóknistej o znacznej spoistości
- Może powstawać bez uchwytnej przyczyny

### 6. Najczęstszym złośliwym nowotworem skóry jest:

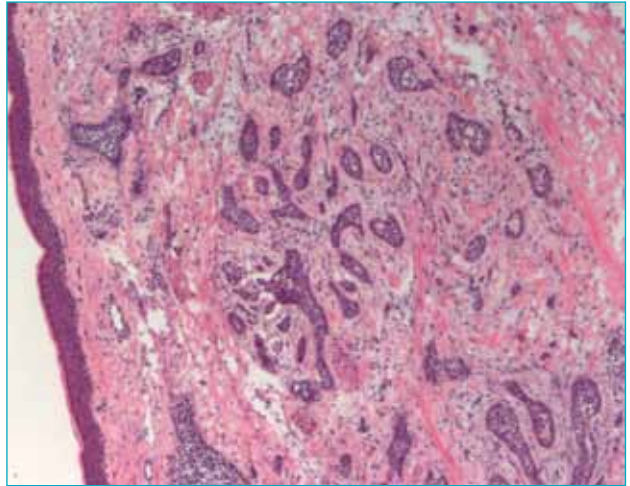
- Rak z komórek Merkela (MCC – *Merkel cell carcinoma*)
- Rak podstawnkomórkowy (BCC – *basal cell carcinoma*)
- Rak kolczystokomórkowy (SCC – *squamous cell carcinoma*)
- Mięsak Kaposiego

### 7. Do czynników, które zwiększają ryzyko zachorowania na raka podstawnkomórkowego, należą:

- Intensywne ekspozycje na światło słoneczne
- Predyspozycje genetyczne (jasna karnacja skóry, rude lub blond włosy, skłonność do oparzeń słonecznych)
- Przewlekłe stosowanie leków obniżających ciśnienie tętnicze
- Albinizm oraz skóra pergaminowata i barwnikowa



Rycina 1. Ognisko chorobowe na skórze brody o wymiarach 2x3 cm



Rycina 2. Obraz histologiczny opisywanej zmiany

**8. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące raka podstawnkomórkowego:**

- a. Występuje zwykle na skórze kończyn górnych
- b. Występuje zwykle na skórze głowy, w 85-90% na twarzy
- c. Występuje w 10-15% na tułowie
- d. Występuje tylko na twarzy

**9. Do odmian klinicznych raka podstawnkomórkowego należą:**

- a. Postać guzkowa
- b. Postać twardzinopodobna

- c. Postać guzkowo-petząca
- d. Postać barwnikowa

**10. Po usunięciu ogniska raka podstawnkomórkowego zalecana jest obserwacja:**

- a. Co miesiąc
- b. Co 3 miesiące w ciągu pierwszego roku
- c. Co 6 miesięcy w ciągu drugiego roku
- d. Co roku do 5 lat po leczeniu

## Program Edukacyjny Dermatologia 19/3 – rozwiązanie i komentarz

Przedstawiono przypadek pacjentki, u której rozpoznano pemfigoid pęcherzowy (*pemphigoid bullosus*). Jest to choroba, występująca głównie u osób w starszym wieku i mająca podłoże autoimmunologiczne. Zmiany skórne w przebiegu tej choroby mają charakter pęcherzy podnaskórkowych bez akantolizy, dobrze napiętych, umiejscowionych na ograniczonych lub rozległych powierzchniach niezmienionej lub zmienionej rumieniowo skóry. Ich pojawienie się może być poprzedzone wysypką o charakterze pokrzywkowym lub wypryskowym. Tylko u części chorych pęcherze występują również w obrębie błon śluzowych.

Choroba ma charakter przewlekły i nawrotowy. Zazwyczaj stan ogólny chorych jest dobry, a zmianom skórnym czasami towarzyszy świąd i pieczenie skóry. Choroba ta jest uważana przez niektórych autorów za rewelator procesów rozrostowych. Teoria ta budzi pewne kontrowersje, ale badania pokazują, że w części przypadków nie jest to zbieżność przypadkowa. U osób starszych z pemfigoidem wskazane są badania w kierunku nowotworów złośliwych. Pemfigoid może być również wywołany przez leki stosowane ogólnie lub miejscowo, takie jak np. furosemid, ibuprofen, propranolol, ditranol (cygnolina), preparaty przeciwświerzbowe, terapię PUVA. Po odstawieniu leku będącego czynnikiem sprawczym zmiany szybko ustępują.

Pemfigoid może występować w nietypowych odmianach:

- tojotokowy (*pemphigoid bullosus seborrhoicus*)
- pęcherzykowy (*pemphigoid bullosus vesicularis*)
- guzkowy (*pemphigoid bullosus nodularis*)
- przerosły i bujający (*pemphigoid bullosus vegetans*)
- ograniczony do podudzi (*pemphigoid bullosus praetibialis*).

Rozpoznanie tej jednostki chorobowej ustala się na podstawie następujących cech: obecność dobrze napiętych pęcherzy, rumieniowych i obrzękowych zmian skórnych, przewlekły przebieg, starszy wiek pacjenta. Badaniem rozstrzygającym jest ba-

danie histologiczne wraz z badaniem immunologicznym surowicy (przeciwciała klasy IgG przeciwko błonie podstawnej) i skóry (złogi IgG w błonie podstawnej).

Pemfigoid ustępuje zwykle samoistnie w ciągu 5 lat od pojawienia się pierwszych zmian na skórze. Obecnie poddaje się terapii wszystkich pacjentów, co powoduje ustąpienie objawów w ciągu kilku miesięcy.

Leczenie ogólnie pemfigoidu budzi wiele dyskusji i kontrowersji. W przeszłości stosowano głównie doustne kortykosteroidy. Terapia ta nie należy obecnie do standardów postępowania, głównie ze względu na liczne działania niepożądane. W wielu ośrodkach kortykosteroidy są jednak nadal często używane. Najczęściej stosuje się prednizon w dawkach 60-30 mg/24h, stopniowo zmniejszanych. Czasami łączy się kortykosteroidy z sulfonami (dapson 100 mg/24h), niektórymi antybiotykami (tetracyklina, erytromycyna) lub z lekami immunosupresyjnymi w przypadkach opornych na monoterapię steroidami i po wykluczeniu procesu rozrostowego. Jeśli zmiany chorobowe nie są zbyt rozległe, można rozważyć terapię bez użycia kortykosteroidów: amid kwasu nikotynowego z tetracykliną lub doksycyklinę. Poza stosowaniem wyżej wymienionych leków pacjentów leczy się objawowo: wyrównuje niedobory pokarmowe i zaburzenia wodno-elektrolitowe. Istotne jest również leczenie wtórnych nadkażeń powstałych na podłożu wykwitów.

Prawidłowe odpowiedzi: 1. a, 2. d, 3. d, 4. a, 5. bc, 6. a, 7. a, 8. bc, 9. abcd, 10. abc

Adres do korespondencji: lek. Karolina Kopec, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, ul. Chalubińskiego 1, 50-368 Wrocław, e-mail: karolinakopec@gmail.com

### Piśmiennictwo:

1. Pierzchała E, Sygula E, Kamińska-Winciorek G i wsp. Łagodna przewlekła pęcherzyca – współczesne poglądy na etiopatogenezę i leczenie. *Post Derm Alerg* 2003;20,6:345-349.
2. Dańczak-Pazdrowska A, Bowszyc-Dmochowska M, Prokop J i wsp. Współdziałanie czynników zewnątrz- i wewnątrzpochodnych w powstawaniu pęcherzyca zwykłej – opis przypadku i przegląd literatury. *Dermatologia Kliniczna* 2005;7,1:29-34.
3. Jabłońska S, Majewski S. *Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2008;228-233.