

# Współistnienie choroby pęcherzowej i hipereozynofilii

## Opis przypadku

**79**-letnia kobieta została przyjęta do Kliniki Dermatologii z powodu zmian pęcherzowych na skórze i błonach śluzowych. Bardzo liczne, dobrze napięte pęcherze były zlokalizowane na tułowiu, kończynach górnych i dolnych (ryc. 1 i 2). Mniej liczne zmiany występowały na błonach śluzowych gardła i krtani.

W badaniach laboratoryjnych krwi stwierdzono liczne nieprawidłowości: znaczną leukocytozę, anemię, niskie stężenie żelaza, potasu i hormonów tarczycy. Ponadto w rozmazie krwi stwierdzono znaczną eozynofilię. Markery nowotworowe były w normie. Zdjęcie RTG wykazało lewostronne przesunięcie tchawicy i zwężenie szerokości jej światła do 1,5 cm. Radiolog zalecił dalszą diagnostykę.

Przeprowadzono badanie histopatologiczne i immunologiczne wycinka skóry oraz badanie krwi w kierunku przeciwciał swoistych dla podejrzewanego choroby. Wyniki potwierdziły wstępne rozpoznanie choroby dermatologicznej. Z powodu niejasnej przyczyny nieprawidłowości wykrytych w badaniach laboratoryjnych początkowo zastosowano jedynie leczenie zewnętrzne: ewakuację treści pęcherzy jałową igłą oraz kortykosteroidy miejscowo w postaci lotionów. Dalsza diagnostyka internistyczna wykluczyła istnienie procesu nowotworowego. Rozpoznano zespół hipereozynofilowy i zalecono leczenie prednizonem doustnie w dawce 60 mg/24h. W ciągu kilku dni po rozpoczęciu terapii zaobserwowano znaczne polepszenie stanu miejscowego oraz normalizację parametrów laboratoryjnych krwi.

## Pytania (może być więcej niż jedna prawidłowa odpowiedź):

**1. Najbardziej prawdopodobnym rozpoznaniem w przedstawionym przypadku jest:**

- a) Pemfigoid pęcherzowy
- b) Rozsiana opryszczka zwykła
- c) Półpasiec
- d) Róża pęcherzowa

**2. Opisywana choroba ma etiologię:**

- a) Bakteryjną
- b) Wirusową
- c) Genetyczną
- d) Autoimmunologiczną

**3. Omawiane schorzenie występuje najczęściej u:**

- a) Małych dzieci
- b) Młodych dorosłych mężczyzn
- c) Osób zakażonych HIV
- d) Osób w starszym wieku

**4. Pęcherze, które są pierwotnymi zmianami skórnymi w tej chorobie:**

- a) Są podnaskórkowe i dobrze napięte
- b) Są śródskórkowe, bardzo wiotkie i łatwo pękają
- c) Charakteryzują się nasiloną akantolizą
- d) Występują tylko na skórze, nigdy na błonach śluzowych

**5. Rozpoznanie kliniczne potwierdza:**

- a) Badanie kapilaroskopowe
- b) Badanie immunologiczne (skóry i serologiczne)
- c) Badanie histopatologiczne
- d) Badanie mykologiczne

**6. Opisywana choroba może towarzyszyć:**

- a) Chorobom nowotworowym
- b) Zaburzeniom psychicznym
- c) Wirusowemu zapaleniu wątroby typu B i typu C
- d) Cukrzycy

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

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii we Wrocławiu

Medycyna po Dyplomie 2010;

(19); 3 (168): 87-89

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



□ Rycina 1. Widoczny dobrze napięty pojedynczy pęcherz oraz nadżerki



□ Rycina 2. Bardzo liczne nadżerki na podłożu rumieniowym zlokalizowane na tułowiu i kończynach

**7. Rozwój pęcherzy w przebiegu opisywanej choroby może być prowokowany:**

- a) Zażywaniem niektórych leków, np. furosemidu, NLPZ
- b) Nadmiernym wysiłkiem fizycznym
- c) Stresem
- d) Paleniem tytoniu

**8. W leczeniu opisywanej choroby można stosować:**

- a) Leki przeciwgrzybicze
- b) Sulfony
- c) Tetracyklinę
- d) Choroby tej się nie leczy lekami przeciwinfekcyjnymi

**9. Działaniami niepożądanymi sulfonów są:**

- a) Skórne odczyny alergiczne
- b) Brak łaknienia
- c) Nudności, wymioty
- d) Zmiany w układzie krwiotwórczym

**10. Powikłaniami długotrwałej terapii kortykosteroidami stosowanymi miejscowo mogą być:**

- a) Zaniki skóry
- b) Zmiany trądzikowe
- c) Rozstępny
- d) Kortykosteroidy nie mają żadnych miejscowych działań niepożądanych

## **Dermatologia 18/12** **– rozwiązanie i komentarz**

### **Łojotokowe zapalenie skóry**

Łojotokowe zapalenie skóry (*dermatitis seborrhoica*), zwane także wypryskiem łojotokowym, jest chorobą o przewlekłym przebiegu i nie do końca wyjaśnionym mechanizmie.

Przyczyn schorzenia upatruje się między innymi w dysfunkcji gruczołów łojowych. Nie wykazano natomiast jakościowych zmian w składzie łoju u chorych. W patogenезie prawdopodobnie mają udział czynniki genetyczne, hormonalne, zaburzenia immunologiczne, ponieważ dość często łojotokowe zapalenie skóry jest objawem zakażenia wirusem HIV. Ważną rolę w patogenезie i rozwoju choroby mają drożdżaki z rodziny *Malassezia* (*Pityrosporum ovale*). Wydaje się, że w rozwoju choroby ma także udział układ nerwowy. Łojotokowe zapalenie skóry jest dość częste u pacjentów z chorobą Parkinsona, z syringomielią i u pacjentów po udarze mózgu.

Schorzenie charakteryzuje się nawrotowym przebiegiem z zaostrzeniami w miesiącach jesienno-zimowych. Chorują niemowlęta oraz osoby dorosłe.

Zmiany skórne mają charakter rumieniowo-złuszczający, wysiękowy bądź – jak w przypadku zmian na skórze głowy u niemowląt – są to szarozółte łuski i strupy, miękkie, tłuste, mocno przylegające do podłoża. Wykwity najczęściej występują na owłosionej skórze głowy, w obrębie łojotokowej linii T na twarzy, w okolicach zausznych, w przewodzie słuchowym zewnętrznym oraz w innych okolicach łojotokowych (mostek, okolica międzyopatkowa). Mogą też lokalizować się w fałdach skórnych, zgięciach i miejscach często narażonych na drażnienie. W ciężkich i długotrwałych przypadkach choroba może doprowadzić do przerzedzenia brwi i włosów. Zwykle zmianom skórnym towarzyszy umiarkowany świąd.

Łojotokowe zapalenie skóry często występuje u chorych na AIDS, szczególnie w średnim i zaawansowanym stadium choroby. U tych osób, a także u opisywanego przez nas pacjenta, przebieg choroby nieco różni się od klasycznego. Zmiany skórne są znacznie bardziej nasilone, przybierają postać uogólnio-

nego zapalenia skóry, czyli erytrodermii z obfitym złuszczeniem. Zmiany złuszczające bywają nawarstwione i przypominają zajmujące duże obszary skóry placki tłuszczycowe pokryte łuską. W takich przypadkach różnicowanie z łuszczycą nie jest łatwe, pomaga w nim obecność nasilonych zmian wysiękowych i ewentualne przerzedzenie owłosienia, które nie występują w łuszczycy.

W leczeniu łojotokowego zapalenia skóry o niewielkim nasileniu stosuje się zewnętrzne 2% preparaty ketokonazolu, szampony przeciwgrzybiczne, triazolowe leki przeciwgrzybicze, a także steroidy o średniej mocy oraz leki immunosupresyjne, takie jak pimekrolimus czy takrolimus. Jeśli zmiany są bardziej rozległe i nasilone, można podawać izotretinoinę (20-30 mg) lub steroidy doustnie w średnich dawkach. Leczenie pacjenta z AIDS z rozległymi zmianami łojotokowymi jest szczególnie problematyczne, gdy chory jest wyniszczony, nie jest leczony przyczynowo i stosuje psychoaktywne substancje uzależniające. U naszego pacjenta położyliśmy nacisk przede wszystkim na odpowiednią higienę, kąpiele i leki, które miały na celu usunięcie nawarstwionych strupów oraz zapewniły działanie przeciwzapalne i odkażające. Ogólnie zastosowane leki przeciwważne ograniczyły proces zapalny rozpoczynający się w drogach oddechowych; ketokonazol podano nie tylko ze względu na chorobę skóry, lecz także na kandydozę błon śluzowych, leki przeciwhistaminowe – w celu ograniczenia świądu. Wszystkie próby opanowania stanów zapalnych i zakażeń w przypadku nabytego niedoboru odporności powinny być wspomagane przez właściwe leczenie przeciwwirusowe.

**Prawidłowe odpowiedzi:**

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

**Piśmiennictwo:**

1. Jabłońska S, Majewski S. Wyprysk łojotokowy. Łojotokowe zapalenie skóry. W: Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. Wydaw. Lek. PZWL, Warszawa 2005:174.
2. Mazurkiewicz W, Mroczkowski TF, Piziek A. Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS). W: Choroby przenoszone drogą płciową (red. T.F. Mroczkowski) Wydaw. Lek. PZWL, Warszawa 1998:356-407.
3. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, et al. Łojotokowe zapalenie skóry. W: Dermatologia. (red. nauk. wyd. polskiego W. Gliški i wsp.) wyd. Czelej, Lubin 2002:462-465.