



Liczne zmiany guzowate skóry tułowia

lek. Karolina Mędrak,

dr hab. med. Wojciech Baran

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

Medycyna po Dyplomie 2011(20); 11(188): 99-101

Opis przypadku

24-letni mężczyzna został przyjęty do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM we Wrocławiu w celu diagnostyki i leczenia zmian skórnych. Pierwsze wykwity pojawiły się cztery lata wcześniej w okolicy mostka i miały charakter licznych drobnych krost i zaskórników. W ciągu kilku miesięcy została zajęta skóra ramion i górnej części pleców. Z biegiem czasu zaczęły pojawiać się także zapalne, bolesne guzki. Pacjent był leczony miejscowymi preparatami zawierającymi leki przeciwbakteryjne, bez wyraźnej poprawy. Pogarszający się stan skóry skłonił prowadzącego lekarza dermatologa do zastosowania ogólnej terapii izotretynoiną w stałej dawce 20 mg/24 h. Leczenie trwało 12 miesięcy i zostało zakończone przed 10 miesiącami. Zmiany zapalne całkowicie ustąpiły. Obecnie pacjent nie przyjmuje żadnych leków. Na skórze dekoltu, ramion i pleców są widoczne liczne guzowate zmiany koloru sinego o średnicy 0,5-2 cm (ryc.). Zmiany skórne nie powodują żadnych dolegliwości subiektywnych, ale są przyczyną wyraźnego obniżenia nastroju pacjenta. W badaniu przedmiotowym poza obecnością zmian skórnych nie wykryto nieprawidłowości, a w badaniach laboratoryjnych – poza nieznacznie zmniejszonym stężeniem cholesterolu HDL w surowicy i licznymi kryształami moczanowymi w badaniu ogólnym moczu – nie stwierdzono istotnych odchyłań od normy.

Pytania (prawidłowych odpowiedzi może być kilka)

1. Przebieg choroby i jej obraz kliniczny wskazują na rozpoznanie:

- a. Trądziku odwróconego
- b. Sarkoidu guzowatego
- c. Trądziku bliznowcowego
- d. Tuszczaków skóry

2. W opisywanej chorobie zmiany skórne typowo lokalizują się:

- a. Na narażonych na działanie światła powierzchniach ciała
- b. W okolicach tojotokowych
- c. Na twarzy, plecach, okolicy przedmostkowej
- d. Niekiedy wyłącznie w okolicy karku

3. Wskaż charakterystyczne cechy kliniczne omawianych zmian skórnych:

- a. Towarzyszy im powiększenie obwodowych węzłów chłonnych
- b. Są bardzo miękkie w dotyku
- c. Mają gładką powierzchnię i są pozbawione przydatków skóry
- d. Nowo powstałe są barwy czerwono-brązowej, z czasem bledną

4. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące diagnostyki opisanych zmian skórnych:

- a. Charakterystyczna jest anergia na tuberkulinę
- b. Towarzyszy im wzrost stężenia cholesterolu HDL w surowicy 2-3-krotnie powyżej normy

- c. U ponad połowy chorych występują hiperkalcemia i hiperkalciuria
- d. Wywiad i lokalizacja zmian umożliwiają ustalenie rozpoznania bez potrzeby wykonywania badań dodatkowych

5. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące opisanej choroby:

- a. Zmiany powstają na skutek zaburzeń procesu gojenia
- b. Przeważnie powstaje na podłożu trądziku ropowiczego lub skupionego
- c. Pierwsze zmiany pojawiają się najczęściej przed okresem pokwitania
- d. Stężenie cholesterolu HDL w surowicy koreluje z nasileniem zmian skórnych

6. Wskaż nieprawdziwe zdanie dotyczące przedstawionej choroby:

- a. Leczenie nie daje pewności uzyskania dobrego efektu kosmetycznego
- b. Często dochodzi do rozsiewu zmian włókniстых do narządów wewnętrznych – szczególnie do płuc
- c. Powstawaniu opisywanych zmian skórnych sprzyja drażnienie mechaniczne zmian pierwotnych
- d. Występuje tu dodatni objaw diaskopii – zmiany skórne po uciśnięciu szkiełkiem przybierają zabarwienie palonego cukru

7. Wskaż prawdziwe zdanie dotyczące leczenia wyżej wymienionych zmian:

- a. Najlepszym sposobem leczenia, obarczonym najmniejszym ryzykiem nawrotu, jest chirurgiczne wycięcie zmian



Rycina. Zmiany guzowate o wzmożonej spoistości i gładkiej powierzchni, zlokalizowane na skórze torsu i ramion

- b. Dużą skutecznością cechuje się terapia kombinowana – ostrykiwanie zmian glikokortykosteroidem poprzedzone krioterapią
- c. Zmiany zawsze ustępują samoistnie w ciągu 2-6 miesięcy
- d. W celu uzyskania zmiękczenia i częściowej redukcji zmian można wykonać ich mezoterapię z zastosowaniem glikokortykosteroidów

8. W obrazie histologicznym zmian obserwuje się:

- a. Guzki z komórek nabłonkowatych, bez cech serowacenia
- b. Fragmenty tkanki tłuszczowej z ogniskowym odczynem histiocytarnym
- c. Tkankę łączną, głównie włókna kolagenu, oraz macierz zewnątrzkomórkową
- d. Pasmowaty naciek limfocytarny z komórek małych lub średniej wielkości, o móżgokształtnym jądrze

9. W leczeniu miejscowym obserwowanych u pacjenta zmian można stosować:

- a. Cygnolinę
- b. Glikokortykosteroidy
- c. Opatrunki silikonowe
- d. Laseroterapię

10. W leczeniu ogólnym opisanych zmian skórnych skuteczne są:

- a. Leki przeciwbakteryjne
- b. Sulfony
- c. Retinoidy
- d. Nie ma dobrej metody leczenia ogólnego

Quiz można rozwiązać na stronie <http://www.podyplomie.pl/testy> lub przesłać formularz z odpowiedziami – zamieszczony na stronie 98 – do redakcji do 31 grudnia 2011 r.

Program Edukacyjny Dermatologia 20/8 – rozwiązanie i komentarz

Pprzedstawiono przypadek rumienia guzowatego u ciężarnej w przebiegu anginy paciorkowcowej. Rumień guzowaty (*erythema nodosum*) występuje głównie u młodych osób, 6-krotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Etiopatogeneza schorzenia pozostaje niewyjaśniona. Czynniki wyzwalającymi mogą być zakażenia bakteryjne (szczególnie wywołane przez paciorkowce, *Yersinia enterocolitica* i prątki gruźlicy), zakażenia wirusowe (m.in. mononukleozą zakaźną), grzybice (kokcydioidomykoza), zakażenia pasożytnicze (toksoplazmoza), leki (najczęściej sulfonamidy, salicylany, doustne środki antykoncepcyjne), sarkoidoza (zespół Löfgrena), *colitis ulcerosa* i cho-

roba Crohna oraz ciąża. Zmiany na skórze typu rumienia guzowatego mogą występować także w przebiegu gorączki reumatycznej. W dużej części przypadków czynnik wyzwalający pozostaje nieustalony.^{1,2}

Głównym objawem choroby jest wystąpienie mnogich, słabo odgraniczonych, kilkucentymetrowych guzów, początkowo bolesnych, barwy żywoczerwonej, które z czasem przybierają barwę sinoczerwoną, brunatną, a nawet zielonkawą, przypominając podbiegnięcia krwawe, stąd dawny synonim *erythema contusiforme*. Zmiany nie ulegają rozpadowi ani bliznowaceniu, utrzymują się od 2 do 6 tygodni. Lokalizują się na kończynach, głównie po stronie wyprostnej, najczęściej w obrębie podudzi, rzadziej także na udach, sporadycznie również w obrębie kończyn górnych. Towarzyszy im podwyższona (w różnym stop-

niu) temperatura ciała i bóle stawów. Choroba częściej występuje wiosną i jesienią, może nawracać w kolejnych sezonach.^{1,2}

Rumień guzowaty wymaga różnicowania z innymi guzowatymi zapalnymi zmianami na kończynach, takimi jak:^{1,2}

- guzkowe zapalenie naczyń (*vasculitis nodosa*) – guzy głównie po stronie zgięciowej kończyn, mniej bolesne, zazwyczaj ulegają rozpadowi i bliznowaceniu
- guzkowe zapalenie tętnic (*polyarteritis nodosa*) – bardziej przewlekły przebieg bez sezonowości, guzy wzdłuż przebiegu tętnic ulegające rozpadowi, współistniejące inne zmiany skórne, jak osutka wybroczynowa czy sinica siateczkowata, często objawy ogólne związane z podobnymi zmianami tętnic narządów wewnętrznych
- zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych – pojedyncze, niesymetryczne ogniska wzdłuż przebiegu żył, zwykle większy miejscowy obrzęk i gorączka
- róża (*erysipelas*) – gwałtowniejszy przebieg i gorączka, zazwyczaj pojedyncze, bardziej rozległe ognisko zapalenia skóry i tkanki podskórnej, choć kilka blisko leżących i zlewających się guzów w przebiegu rumienia guzowatego może przypominać ognisko róży
- gorączka reumatyczna – część objawów, jak gorączka czy bóle stawów, jest wspólnych, a zmiany typu rumień guzowaty na kończynach mogą współwystępować z gorączką reumatyczną i są zaliczane do kryteriów mniejszych tej choroby; decydują inne objawy według kryteriów Jonesa³
- samouszkodzenia – zawsze należy brać pod uwagę w przypadku objawów rozpadu i mniej typowej lokalizacji, np. na udach
- różne rzadkie choroby zapalne tkanki podskórnej, np. chłoniak pierwotny skóry
- rumień wielopostaciowy w przypadku zmian polekowych, możliwe jest nakładanie się obu chorób.

Ciąża sprzyja rozwojowi rumienia guzowatego, który zaliczany jest do dermatoz niespecyficznych w ciąży. Według definicji podanej przez Bombardieri i wsp. w 1977 r.⁴ rumień guzowaty ciężarnych (*erythema nodosum gravidarum*, *erythema nodosum of pregnancy*) cechuje się taką samą morfologią i przebiegiem jak u nieciężarnych, ale nie daje się ustalić związku między wystąpieniem choroby a ekspozycją na lek lub zakażeniem. Choroba może nawracać w kolejnych ciążach lub po zastosowaniu antykoncepcji hormonalnej. Zgodnie z tą definicją opisywany przypadek nie jest klasycznym rumieniem guzowatym ciężarnych, ponieważ związek z zakażeniem paciorkowcowym pozostaje bezsporny.

Leczenie ogólne zależy od czynników wywołujących. W zakażeniach bakteryjnych stosuje się leczenie przeciwbakteryjne, najlepiej antybiotyki o szerokim spektrum lub celowane na podstawie posiewów z gardła albo innych stwierdzonych ognisk zakażenia. W przypadkach powikłań polekowych konieczne jest odstawienie wywołującego leku. Objawowo stosuje się niesteroidowe leki przeciwzapalne, w ciężkich przy-

padkach kortykosteroidy.^{1,2} W przypadkach opornych i nawrotowych można stosować starą metodę leczniczą podawania jodku potasu, która ostatnio przeżywa renesans. Zazwyczaj stosuje się 600-1000 mg/24 h w postaci roztworu wodnego (np. Rp. Kalium jodatam 10,0 Aquae dest. ad 150,0 – 3 łyżeczki dziennie) przez kilka-kilkanaście tygodni, maksymalnie do 6 miesięcy.^{1,5,6} Nie zaleca się podawania jodku potasu w ciąży. Miejscowo stosuje się ichtiol w postaci przymoczek z 2% roztworu lub 10% maści, heparynoidy i steroidy o słabym do umiarkowanego działaniu przeciwzapalnym (np. prednizolon, maślan hydrokortyzonu, flumetazon, flutykazon, mometazon, robiona 0,5-1,0% maść enkortolonowa). Klasyczny rumień guzowaty ciężarnych nie wymaga leczenia, poza przypadkami przebiegającymi z silnymi dolegliwościami bólowymi. Z drugiej strony ciąża w dużym stopniu ogranicza możliwości terapeutyczne.² Mimo znacznej bolesności dużych stawów w omawianym przypadku nie stwierdzono żadnego z głównych objawów gorączki reumatycznej według kryteriów Jonesa, takich jak: zapalenie stawów (nie wyłącznie ból), zapalenie serca, guzki reumatoidalne, rumień obrączkowy (brzeźny) czy płasawica.⁵ Pacjentka już przed przyjęciem została przeleczona amoksycyliną z powodu anginy paciorkowcowej, jednak leczenie trwało tylko przez minimalny dopuszczalny okres (5 dni), który być może okazał się niewystarczający. Ze względu na narastające trudności w chodzeniu z powodu bólu stawów zastosowano wstrzyknięcia penicyliny prokainowej w dawce 1 200 000 j.m./24 h przez 10 dni, po 5 dniach dołączono hydrokortyzon w dawce 1 × 100-50 mg i.v. rano. Miejscowo zastosowano okłady z 2% ichtioli i kortykosteroidy (gotowy krem 0,1% maślanu hydrokortyzonu, robiona 0,5% maść enkortolonowa), a po zaobserwowaniu ustępowania zmian skórnych – heparynoid miejscowo (maść zawierająca heparynę i hialuronidazę) zamiast ichtioli. W trakcie leczenia obserwowano znaczne zmniejszenie dolegliwości bólowych, stopniowe ustępowanie guzów zapalnych i wyraźny spadek laboratoryjnych parametrów zapalenia (leukocytoza, OB, CRP).

Prawidłowe odpowiedzi:

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

Adres do korespondencji: dr n. med. Piotr Nockowski, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM we Wrocławiu, ul. T. Chałubińskiego 1, 50-368 Wrocław. Tel. (71) 784 23 32, e-mail: pnockows@derm.am.wroc.pl

© 2011 Medical Tribune Polska Sp. z o.o.

Piśmiennictwo:

1. Jabłońska S, Majewski S. Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH i wsp. Dermatologia. Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2002.
3. Dworkin PH. PEDIATRIA. Wydanie I polskie red. Pellar J. Urban & Partner Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 1993.
4. Bombardieri S, Munno OD, Di Punzio C, et al. Erythema nodosum associated with pregnancy and oral contraceptives. Br Med J 1977;1:1509-1510.
5. Szepietowski J, Reich A (red.): Leczenie chorób skóry i chorób przenoszonych drogą płciową. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
6. Orfanos CE, Garbe C. Therapie der Hautkrankheiten. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 2002.