

# Zmiany hiperkeratotyczne na rękach u pacjenta z zespołem nabytego niedoboru odporności

dr n. med. Joanna Maj, lek. Iwona Kuczborska, lek. Dorota Kuczborska-Majda

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

Medycyna po Dyplomie 2011;(20); 4(181): 101-104

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

## Opis przypadku

**38**-letni pacjent zgłosił się do Kliniki Dermatologii w celu leczenia rozwijających się od kilkunastu miesięcy zmian skórnych na obu rękach. W wywiadzie pacjent podawał, że początkowo obserwował pojedyncze drobne grudki, zlokalizowane najpierw na jednej ręce, następnie na obu. Ze względu na brak dolegliwości subiektywnych przez kilka kolejnych miesięcy nie zgłaszał się do dermatologa. W ciągu kilku tygodni poprzedzających wizytę w Klinice nastąpiło bardzo szybkie powiększenie się oraz rozprzestrzenianie zmian. Przy przyjęciu na grzbietowej powierzchni obu rąk obserwowano liczne hiperkeratotyczne grudki z tendencją do zlewania się ze sobą. Na dłoniowej powierzchni rąk widoczne były grudki mniej liczne, mniejsze, płaskie.

Pacjent w ciągu ostatniego roku przechodził kilkakrotnie zakażenia górnych dróg oddechowych, zgłaszał utrzymujące się kilka miesięcy przewlekłe zmęczenie oraz kilkakrotne epizody zakażeń drożdżakowych błony śluzowej jamy ustnej. Z tego powodu wykonano badanie w kierunku



□ Rycina 1. Liczne hiperkeratotyczne grudki na grzbiecie lewej ręki

zakażenia HIV, które potwierdziło podejrzaną przyczynę upośledzenia odporności. Na podstawie objawów klinicznych oraz liczby limfocytów CD4 choroba zakwalifikowana została do kategorii B2. Pacjent rozpoczął terapię antyretrowirusową HAART (highly active antiretroviral therapy). Leczenie miejscowe opisanych zmian skórnych odroczone do momentu ich ewentualnego zmniejszenia się w wyniku terapii antyretrowirusowej. Do rozważenia pozostawiono leczenie zewnętrzne kremem o 5% zawartości imikwimodu lub laseroterapię zmian.



□ Rycina 2. Płaskie grudki na dłoniowych powierzchniach rąk

### Pytania (prawidłowych odpowiedzi może być kilka)

#### 1. W przedstawianym przypadku należy rozpoznać:

- Brodawki zwykłe w przebiegu zakażenia HIV
- Gruźlicę brodawkową
- Objaw Lesera-Trélate'a
- Epidermodyplasia verruciformis*

#### 2. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące brodawek zwykłych:

- Są to guzy o nierównej powierzchni, bez tendencji do samoistnego ustępowania
- Są to grudki wywołane przez wirus z grupy ospy, którym nie towarzyszą objawy podmiotowe
- Są to grudki o hiperkeratocytnej powierzchni, wywołane przez wirus brodawczaka ludzkiego (HPV – *human papillomavirus*)
- Mają tendencję do samoistnego ustępowania z pozostawieniem blizny

#### 3. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące brodawek zwykłych:

- Mogą być pojedyncze

- Zwykle występują przewlekle
- Olbrzymie i przerośnięte mogą być objawem zaburzeń odporności komórkowej
- Czynnikiem wywołującym są HPV 10,16,6 i 11, nigdy natomiast nie jest nim HPV 2

#### 4. W leczeniu brodawek zwykłych można stosować:

- Steroidy doustnie
- Opatrunki okluzyjne z preparatami kortykosteroidowymi
- Zamrażanie płynnym azotem i elektrokoagulację
- Imikwimod

#### 5. W zespole nabytego niedoboru odporności (AIDS – *acquired immunodeficiency syndrome*) najczęstsze dermatozy pochodzenia wirusowego to:

- Guzki dojarek
- Opyszczka wargowa i opyszczka w obrębie narządów płciowych
- Półpasiec o ciężkim przebiegu
- Kłykciny kończyste w okolicy narządów płciowych i odbytu

**6. W AIDS:**

- Częstym zakażeniem pochodzenia wirusowego jest liszajec zakaźny
- Występują zakażenia atypowymi prątkami gruźliczymi, np. *Mycobacterium avium*
- Często występuje mięczak zakaźny
- Występuje leukoplakia włośniowa związana z zakażeniem wirusem Epsteina-Barr

**7. W gruźlicy brodawkowej:**

- Zmiany skórne o charakterze hiperkeratocytynych grudek umiejscowione są najczęściej na rękach
- Ogniska są zwykle pojedyncze, a zmiany wykazują tendencję do obwodowego wzrostu i bliznowacenia
- Zmiany nie mają tendencji do bliznowacenia
- Schorzenie to obecnie w ogóle nie występuje

**8. Objaw Lesera-Trélate:**

- Jest często spotykany w AIDS

- To nagły wysiew brodawek zwykłych
- To nagły wysiew brodawek łojotokowych
- Jest objawem skórnym nowotworów narządów wewnętrznych

**9. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące *Epidermodysplasia******verruciformis*:**

- Jest to rzadkie schorzenie o podłożu genetycznym, dziedziczone autosomalnie recesywnie
- Zmiany skórne najczęściej lokalizują się na twarzy, grzbietowych powierzchniach rąk, przedramionach i podudziach
- Zmiany skórne mają charakter brodawek łojotokowych i brodawek zwykłych
- Zmiany skórne mają charakter brodawek płaskich, rumieni lub przebarwień

**10. Zmiany skórne w *Epidermodysplasia verruciformis*:**

- Utrzymują się i nasilają w ciągu całego życia
- Są punktem wyjścia raków skóry
- Po osiągnięciu dojrzałości przez pacjenta samoistnie zanikają
- Przebarwienia i odbarwienia przypominają łupież pstry

**Program Edukacyjny Dermatologia 20/1 – rozwiązanie i komentarz**

Opisano przypadek obrzęku twardzinowego (*scleredema Buschke*). Pomimo klinicznego podobieństwa do twardziny (*scleroderma*) – autoimmunologicznej dermatozy z kręgu chorób tkanki łącznej – obrzęk twardzinowy jest sklasyfikowany jako odrębna jednostka chorobowa. Jest to bardzo rzadka dermatoza, której przyczyna nie została w pełni poznana. Zwykle przebiega łagodnie i ma tendencję do samoograniczenia się i samoistnego ustępowania, zdarzają się jednak przypadki o przewlekłym i postępującym przebiegu. Etiologia choroby jest złożona i wieloczynnikowa. Zmiany o charakterze stwardnień mogą pojawiać się po zakażeniach bakteryjnych lub wirusowych. W takich przypadkach choroba ma zwykle nagły początek. Najczęściej poprzedzają ją zakażenia górnych dróg oddechowych wywołane przez paciorkowce, ale także grypa, świnka lub odra. Często występują: zmęczenie, bóle mięśniowe, stawowe i gorączka. Stwardnienia mogą również powstać u pacjentów chorujących na cukrzycę o ciężkim przebiegu oraz u osób z gammopatiami monoklonalnymi. Występowanie obrzęku twardzinowego opisywano także w przebiegu zespołu Sjögrena, reumatoidalnego zapalenia stawów oraz guzów typu insulinoma. Zmiany skórne początkowo pojawiają się na plecach, szyi, a także twarzy, powodując zaburzenia mimiki. Zajęcie języka, gardła i przełyku może powodować problemy z połykaniem. Na dalszym etapie zmiany rozprzestrzeniają się na kończyny górne, a także – rzadziej – na brzuch i kończyny dolne. Zmieniona skóra jest wyraźnie odgraniczona od otoczenia, może mieć brązowe zabarwienie, a jeśli choroba współwystępuje z cukrzycą, powstanie stwardnień może być poprzedzone zaczerwienieniem skóry. W bada-

niach laboratoryjnych obserwuje się przyspieszony OB, hiperlipoproteinemię, a czasami paraproteinemię (IgG, IgA) oraz podwyższone miano ASO (antystreptolizyny). W badaniu histologicznym stwierdza się prawidłowy naskórek, pogrubienie włókien kolagenu i obecność przydatków skóry, co jest istotnym czynnikiem różnicującym z twardziną. Barwienie na obecność mucyn daje często wynik dodatni. Choroba zwykle ustępuje w ciągu kilku miesięcy, bywają jednak przypadki o przewlekłym, wieloletnim przebiegu. Nie ma skutecznej metody leczniczej. W terapii stosuje się m.in. glikokortykosteroidy (ogólnie oraz miejscowo we wstrzyknięciach doogniskowych), cyklosporynę, metotreksat, PUVA (naświetlanie promieniami UVA z jednoczesnym podawaniem psoralenów), napromienianie ognisk stwardnienia wiązką elektronów (EBRT – *electron-beam radiation therapy*). Pacjenci, u których choroba ma przewlekły przebieg, powinni być okresowo badani w kierunku występowania chorób mieloproliferacyjnych, ponieważ zmiany skórne mogą wyprzedzać pojawienie się nieprawidłowości w badaniu morfologicznym krwi. Istotne jest także właściwe leczenie cukrzycy i jej powikłań oraz poszukiwanie ewentualnych czynników prowokujących rozwój zmian (choroby nowotworowe, zakaźne). W omawianym przypadku ze względu na choroby towarzyszące zastosowano terapię PUVA, leki rozszerzające naczynia oraz fizykoterapię.

**Prawidłowe odpowiedzi:**

- ac, 2. b, 3. c, 4. c, 5. ab, 6. d, 7. ab, 8. cd, 9. abc, 10 ab

Adres do korespondencji: lek. med. Marta Zdrojowy, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Akademii Medycznej, ul. Chałubińskiego 1, 50-368 Wrocław

**Piśmiennictwo:**

- Burgdorf WHC i wsp. Braun-Falco. Dermatologia. Wydawnictwo Czelej 2010, Lublin
- Burns T, et al. Rook's Textbook of Dermatology, 8th Edition. Blackwell Science, Oxford 2010.