

# Stwardnienie skóry

lek. Marta Zdrojowy,  
dr n. med. Wojciech Baran

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

Medycyna po Dyplomie  
2011;(20);1(178): 88-90

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

## Opis przypadku

**61**-letnia kobieta została przyjęta do Kliniki Dermatologii AM w celu przeprowadzenia diagnostyki i leczenia przewlekłej dermatozy, której objawy pojawiły się przed 5 laty. Przy przyjęciu do szpitala widoczny był rumień oraz znacznego stopnia stwardnienie skóry w okolicy karku, pleców, brzucha i kończyn górnych (ryc. 1). Stwardnienie w obrębie rąk powodowało trudności w wyprostowaniu palców (ryc. 2). Zmianom skórny nie towarzyszyły żadne dolegliwości subiektywne.

Od 20 lat pacjentka choruje na cukrzycę typu 2 z towarzyszącymi powikłaniami w postaci uszkodzenia nerek, retinopatii oraz polineuropatii. Obecnie jest leczona insuliną. Z powodu znacznych trudności w uregulowaniu glikemii była kilkakrotnie hospitalizowana na oddziale chorób wewnętrznych. Pacjentka choruje również na nadciśnienie tętnicze oraz chorobę niedokrwinną serca. W badaniu histopatologicznym wycinka skóry stwierdzono ogniska homogenizacji kolagenu w skórze właściwej oraz niewielki przewlekły naciek zapalny, głównie wokół naczyń i przydatków skóry. Wynik barwienia na obecność mucyn okazał się ujemny. W badaniu metodą immunofluorescencji pośredniej nie wykryto przeciwciał przeciwjądrowych (ANA – antinuclear antibody). W badaniach laboratoryjnych stwierdzono przyspieszony OB, podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego, triglicerydów, glukozy i kwasu moczowego we krwi. W badaniu ogólnym moczu wykryto liczne erytrocyty i leukocyty. Wykonano ponadto elektroforezę białek surowicy oraz oznaczono stężenie markerów nowotworowych (CEA, CA19-9, CA125, CA15-3) – nie stwierdzono istotnych odchylen od wartości prawidłowych. Na podstawie obrazu klinicznego, wywiadu i badań dodatkowych ustalono rozpoznanie oraz wdrożono leczenie. Zastosowano naswietlanie promieniami UVA z jednoczesnym podawaniem psoralenów (PUVA – psoralen ultra-violet A), leczenie pentoksyfiliłą i fizykoterapię, kontynuowano też leczenie internistyczne, ze szczególnym uwzględnieniem terapii cukrzycy.

## Pytania (prawidłowych odpowiedzi może być kilka)

1. Opisane objawy i zmiany widoczne na zdjęciach mogą sugerować rozpoznanie:

- Twardziny układowej
- Łuszczyca zwykłej
- Obrzęku twardzinowego
- Pokrzywki festonowatej

2. Najbardziej typowa lokalizacja zmian skórnych w przebiegu opisywanej jednostki chorobowej to:

- Dystalne części kończyn
- Plecy, szyja i twarz
- Owłosiona skóra głowy
- Stopy i podudzia

3. Ze zmianami skórnymi widocznymi na zdjęciach mogą współistnieć zmiany w obrębie:

- Spojówek
- Małżowin usznych
- Przełyku
- Błony śluzowej narządów płciowych

4. Zmiany skórne w przebiegu opisywanej jednostki chorobowej cechuje:

- Asymetryczny układ
- Girlandowaty układ
- Stwardnienie skóry
- Silny świąd



□ Rycina 1. Uogólnione stwardnienie skóry w obrębie tułowia



□ Rycina 2. Stwardnienie skóry na dłoniach uniemożliwiające ich złączenie

**5. Opisywana jednostka chorobowa:**

- a. Może mieć związek z zakażeniami
- b. Może mieć związek z cukrzycą
- c. Charakteryzuje się skłonnością do nawrotów w lecie
- d. Występuje głównie u dzieci

**6. Opisywana jednostka chorobowa często towarzyszy:**

- a. Chorobie Parkinsona
- b. Chorobie Alzheimerera
- c. Stwardnieniu rozsianemu
- d. Żadne z powyższych

**7. W ramach diagnostyki różnicowej tej choroby powinno się wykonać:**

- a. Oznaczenie przeciwciał przeciwjądrowych (ANA)
- b. Badanie histopatologiczne
- c. Dermatoskopię
- d. Oznaczenie stężenia przeciwciał klasy IgE

**8. Pacjenci z omawianym schorzeniem wymagają:**

- a. Stałej opieki alergologicznej
- b. Opieki psychiatrycznej
- c. Specjalnego nadzoru diabetologicznego
- d. Okresowego badania w kierunku chorób mieloproliferacyjnych

**9. W leczeniu opisywanej choroby stosuje się:**

- a. Leki immunosupresyjne
- b. Terapię PUVA
- c. Leki przeciw cukrzycowe
- d. Leki przeciwhistaminowe

**10. Wskaż nieprawdziwe stwierdzenia dotyczące opisywanej jednostki chorobowej:**

- a. Jest zakaźna
- b. Jest uciążliwa dla pacjenta ze względu na silny świąd
- c. Ma charakter przewlekły
- d. Jej patomechanizm nie jest dokładnie poznany

## Program Edukacyjny Dermatologia 19/10 – rozwiązanie i komentarz

**P**rezentowano przypadek pacjenta, u którego rozpoznano wyprysk pieniążkowy (łac. *eczema nummular*, ang. *nummular eczema*). Jest to odmiana wyprysku charakteryzująca się występowaniem rumieniowych, dobrze odgraniczonych zmian pokrytych pęcherzykami, grudkami lub złuszczającym się naskórkiem. Zazwyczaj zmiany są liczne i mają owalny lub okrągły kształt. Ich umiejscowienie jest rozmaite, może być symetryczne. Przebieg choroby jest zazwyczaj przewlekły i nawrotowy. Wyprysk pieniążkowy zwykle występuje u osób starszych. Zmianom skórnym często towarzyszy świąd. W wielu przypadkach nie udaje się ustalić przyczyny, jednak u części chorych zmiany skórne są reakcją typu opóźnionego na antygeny bakteryjne pochodzące z wewnątrzustrojowych ognisk zakażenia. Potwierdzeniem tego są dodatnie próby skórne z antygenami bakteryjnymi, dlatego niegdyś stosowana była nazwa wyprysk mikrobowy (łac. *eczema microbicum*). Dowiedziono, że choroba ta powstaje na podłożu uprzednio suchej skóry, a zmiany obrączkowe mogą pojawiać się również w trakcie leczenia izotretynoiną. Korelacja z atopią nie została udowodniona. Jeśli jednak wyprysk występuje u osób młodych lub dzieci, może być objawem atopowego zapalenia skóry. Bywa również reakcją na alergen kontaktowy.

Wyprysk pieniążkowy zazwyczaj jest rozpoznawany na podstawie dość typowego obrazu klinicznego. W niektórych sy-

tuacjach konieczne jest pobranie wycinka do badania histopatologicznego, którego wynik potwierdza rozpoznanie. U pacjentów z wypryskiem pieniążkowym należy poszukiwać wewnątrzustrojowych ognisk zakażenia oraz alergenów kontaktowych. Najlepszą metodą diagnostyki alergii kontaktowej są testy płatkowe (*patch tests*). Dokładnie odmierzoną ilość alergenu nakłada się na specjalnym nośniku i nakleja plastermi na skórę (najczęściej na plecach). Po 48 h dokonuje się pierwszego odczytu, a po 72-96 h drugiego. Jeśli wykryje się czynnik wywołujący zmiany, należy dążyć do jego eliminacji.

W leczeniu stosuje się, tak jak w innych odmianach wyprysku, doustne leki przeciwhistaminowe, doustne leki przeciwbakteryjne (w przypadku stwierdzenia ognisk zakażenia), a zewnętrznie emolienty oraz preparaty glikokortykosteroidów w skojarzeniu z lekami o działaniu przeciwbakteryjnym lub bez nich. Terapię prowadzi się do momentu ustąpienia zmian skórnych. Po leczeniu bardzo ważna jest prawidłowa pielęgnacja skóry, zwłaszcza u osób z problemem suchości. Leki przeciwbakteryjne stosuje się zazwyczaj u pacjentów, u których wykryto ognisko zakażenia (np. przewlekłe zapalenie zatok czy migdałów).

Adres do korespondencji: lek. Iwona Kuczborska, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Akademii Medycznej, ul. Chałubińskiego 1, 50-368 Wrocław, e-mail: iwona4wsk@interia.pl

#### Piśmiennictwo:

1. Langner A. Postępowanie terapeutyczne w wyprysku. *Przew Lek* 2000;9:78-92.
2. Jabłońska S, Majewski S. *Choroby skóry*, PZWL, Warszawa 2006.

Odpowiedzi: 1. b, 2. c, 3. b, 4. a, 5. c, 6. ac, 7. acd, 8. bc, 9. abc, 10. abcd