

Rumień w kształcie motyla na twarzy

Dr n. med. Joanna Maj, lek.
Agnieszka Rusin-Tupikowska,
dr n. med. Alina Jankowska-Konsur

Katedra i Klinika Dermatologii,
Wenerologii i Alergologii we
Wrocławiu

Medycyna po Dyplomie 2010;
(19); 5 (170): 132-135

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

Opis przypadku

30-letnia, ogólnie zdrowa kobieta, została przyjęta do Kliniki Dermatologii z powodu nasilonego rumienia o kształcie motyla zlokalizowanego na twarzy. Pierwsze zmiany, w postaci pojedynczych czerwonych grudek i rumieni, pojawiły się około 6 lat temu. Początkowo pacjentka była leczona ambulatoryjnie za pomocą maści i kremów z kortykosteroidami, po których objawy dość szybko ustępowały. Po kilku miesiącach takiej terapii zaobserwowała jednak nasilenie zmian, pojawiły się krosty oraz grudki na podłożu rumieniowym i dość liczne teleangiektazje. W terapii ogólnej zastosowano tetracyklinę i metronidazol, lecz nie uzyskano całkowitego ustąpienia zmian.

Pacjentka zgłasza zaostrzenie objawów pod wpływem emocji, po spożyciu czekolady i ostrych potraw oraz po ekspozycji na słońce. Rumień obserwowany przy przyjęciu na oddział utrzymuje się od 3 lat.

W trakcie hospitalizacji wykonano wiele badań dodatkowych. W badaniu histopatologicznym zmiany skórnej obserwowano ścięczały wygładzony naskórek, niezmienną warstwę podstawną, wyraźne rogowacenie mieszków włosowych i przerost gruczołów łojowych. Widoczne były także nacieki zapalne występujące w skupiskach w otoczeniu mieszków włosowych i małych naczyń w górnych partiach skóry. Przeciwciała przeciwjądrowe ANA stwierdzono w mianie granicznym, w zeszkrobinach z naskórka twarzy wykryto *Demodex folliculorum*. Objaw diaskopii był ujemny, stężenie białka C-reaktywnego podwyższone (13,1 mg/l). Próby świetlne nie wykazały nadwrażliwości na światło, a stężenie składowych dopełniacza pozostawało w normie.

Pytania (może być więcej niż jedna prawidłowa odpowiedź):

1. W przedstawionym przypadku należy rozpoznać:

- a) Łuszczycę zwykłą
- b) Trądzik różowaty
- c) Toczeń układowy
- d) Różę

2. W łuszczycy zwykłej:

- a) Zmiany często są zlokalizowane na skórze twarzy
- b) Zmiany rumieniowe mają kształt motyla
- c) Podstawowymi zmianami są żywoczerwone grudki ze srebrzystą łuską na powierzchni
- d) Zmiany chorobowe nasilają się pod wpływem światła słonecznego

3. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące trądziku różowatego:

- a) Jest chorobą przewlekłą i nawrotową, w której zmiany

chorobowe powstają między innymi na podłożu zmian naczyńnioruchowych

- b) W jego przebiegu może dojść do zapalenia brzegów powiek, spojówek i rogówki
- c) Wśród czynników etiologicznych należy brać pod uwagę drożdżaki z rodziny *Pityrosporum*, zakażenie *Demodex folliculorum* oraz *Helicobacter pylori*
- d) Często występuje u dzieci

4. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące *rinophyma*:

- a) To przerost gruczołów łojowych na skórze nosa u mężczyzny w przebiegu trądziku różowatego
- b) To objaw łuszczycy zwykłej
- c) Najczęściej występuje u kobiet po 60. r.ż.
- d) W terapii *rinophyma* wskazane jest ścinanie nożem elektrycznym (dermabrazja)

5. W leczeniu trądziku różowatego stosuje się:

- a) Kortykosteroidy ogólnie



□ Rycina 1. Zmiany grudkowo-krostkowe na podłożu rumieniowym

- b) Metotreksat
- c) Tetracykliny, erytromycynę, metronidazol, izotretynoinę doustnie
- d) Miejscowo: żele, pasty, kremy z metronidazolem, kremy przeciwgrzybicze, maści z pimekrolimusem

6. W przedstawionym przypadku można podejrzewać toczeń układowy, ponieważ:

- a) Zmiany na twarzy mają charakterystyczny kształt motyla
- b) Nie występują objawy ogólne
- c) Pacjentka zgłasza nadwrażliwość na światło słoneczne
- d) Występują charakterystyczne dla toczenia grudki i krostki na podłożu rumieniowym

7. Do kryteriów rozpoznania toczenia rumieniowatego układowego wg American College of Rheumatology należą:

- a) Niedokrwistość, limfopenia, trombocytopenia
- b) Nadwrażliwość na światło słoneczne
- c) Zapalenie opłucnej (*pleuritis*), zapalenie osierdzia (*pericarditis*)
- d) Bóle stawów

8. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące róży:

- a) To choroba o etiologii gronkowcowej
- b) To choroba o etiologii paciorkowcowej
- c) Zmiany chorobowe często lokalizują się na twarzy i podudziach
- d) Zmianom skórnym towarzyszy wysoka gorączka: 39-40°C

9. W leczeniu róży należy stosować:

- a) Penicyliny
- b) Kortykosteroidy miejscowo
- c) Cefalosporyny
- d) Kwas azelainowy miejscowo

10. Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA – *anti-nuclear antibodies*) w niskim bądź granicznym mianie mogą występować:

- a) W chorobach wirusowych
- b) W zakażeniach bakteryjnych
- c) W zapaleniach wątroby i tarczycy
- d) Tylko w toczeniu układowym

Program Edukacyjny Dermatologia 19/2 – rozwiązanie i komentarz

Przedstawiony przypadek prezentuje bardzo rzadką chorobę: zapalenie ciągłe krostkowe skóry palców (*acrodermatitis continua suppurativa*). Po raz pierwszy została opisana w 1888 r. przez Crockera, a następnie w 1890 r. przez Hallopeau. Z tego też powodu często używana jest nazwa *acrodermatitis continua Hallopeau*. Choroba jest często interpretowana jako wariant łuszczycy krostkowej rąk i stóp, chociaż wielu podkreśla odrębność tej jednostki. *Acrodermatitis continua suppurativa* to przewlekła dermatoza zapalna charakteryzująca się występowaniem jałowych krost na podłożu rumieniowym. Najczęściej zmiany skórne są zlokalizowane na dystalnych częściach kończyn górnych i dolnych. Zazwyczaj początkowo zmiany występują asymetrycznie i zlokalizowane są na 2-5 palcach obu kończyn. Przebieg choroby może być bardzo różnorodny. Może dochodzić do wysiewu zmian w obrębie tych samych palców lub do zajmowania nowych. Rzadko dochodzi do rozprzestrzeniania się zmian na pozostałe obszary ciała. Schorzenie zazwyczaj występuje u dorosłych, aczkolwiek opisano również przypadki u dzieci. Częściej chorują kobiety. Etiologia schorzenia nie została poznana. Zauważono, że wysiew pierwszych zmian bywa prowokowany miejscowym zakażeniem lub mechanicznym uszkodzeniem naskórka. Jest to podobne do zjawiska Köbnera występującego w łuszczycy. Choroba najczęściej nie daje większych dolegliwości bólowych, aczkolwiek pacjenci zgłaszają świąd i pieczenie w obrębie zmian. Powikłaniem choroby jest postępujące niszczenie płytek paznokciowych. Na końcowym etapie może dochodzić nawet do oddzielania się płyt-

ki paznokcia od łożyska na wolnym brzegu i po bokach (onycholizy). Mimo że choroba występuje wyjątkowo rzadko, ze względu na dosyć typowy obraz kliniczny zwykle nie stwarza większych problemów diagnostycznych. Na jej początkowym etapie w diagnostyce różnicowej należy wziąć pod uwagę łuszczycę zwykłą, wyprysk dłoni i stóp oraz niedobór cynku. Leczenie *acrodermatitis continua suppurativa* jest zazwyczaj bardzo trudne. Najczęściej nie udaje się uzyskać satysfakcjonującej poprawy w wyniku stosowania wyłącznie leczenia miejscowego. W piśmiennictwie medycznym można jednak znaleźć coraz więcej doniesień o skutecznym leczeniu miejscowym przy użyciu 0,1% maści z takrolimusem lub 0,005% kalcypotriolem w postaci maści lub kremu albo połączenia tych terapii. Dobre efekty uzyskuje się również w wyniku zastosowania fotochemioterapii (PUVA). W leczeniu ogólnym stosuje się metotreksat, kortykosteroidy, dapson, kolchicynę, tetracyklinę lub kombinacje wymienionych leków. Nie ma określonych schematów leczniczych dla *acrodermatitis continua Hallopeau*. Wybór terapii zależy od wieku i ogólnego stanu zdrowia pacjenta, a także od doświadczeń ośrodka leczącego.

Pismienictwo:

1. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, et al. Pustular diseases. (w:) dermatology. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 1991;502-509.
2. Gluckman SJ, Heyman W. Diagnosis: acrodermatitis continua of Hallopeau. Clin Infect Dis 2001;32:505.
3. Mozzanica N, Cattaneo A. The Clinical effect of topical calcipotriol in acrodermatitis continua of Hallopeau. Br J Dermatol 1998;138:556.
4. Mang R, Ruzicak T, Stege H. Successful treatment of acrodermatitis continua of Hallopeau with factor-alpha inhibitor infliximab (Remicade) Br J Dermatol 2004;150(2):379.

Odpowiedzi:

1. c, 2. b, 3. c, 4. ab 5. b, 6. a, 7. bcd, 8. a, 9. a, 10. c