

Rzadka akrodermatoza

Opis przypadku

50-letni mężczyzna został przyjęty do Kliniki Dermatologii w celu przeprowadzenia diagnostyki i leczenia zmian skórnych, które rozwijały się od około 3 lat. Na dłoniowej powierzchni rąk były widoczne ogniska rumieniowo-żółtaczające oraz ogniska nadmiernego rogowacenia, a na dystalnych palczkach wszystkich palców nieliczne drobne krosty na podłożu rumieniowym (ryc. 1). Piąty palec prawej ręki był bardzo obrzęknięty i zdeformowany (ryc. 2). Pacjent nie miał pełnego zakresu ruchomości w stawie międzypaliczkowym dalszym tego palca. Widoczna była również nieznaczna onychodystrofia. Chory zgłaszał świąd i pieczenie. Palce stóp nie były zajęte procesem chorobowym. Nie obserwowano również żadnych innych zmian na skórze. Wyniki badań mykologicznych i bakteriologicznych były ujemne. W wywiadzie rodzinnym nie zanotowano chorób skóry. Pacjent nie zgłaszał alergii żadnego typu ani nie stosował żadnych używek. W badaniach laboratoryjnych (morfologia, czynnik reumatoidalny [RF], badania biochemiczne) nie stwierdzono istotnych odchyśleń od normy. Na podstawie obrazu klinicznego oraz wywiadu ustalono rozpoznanie, które potwierdzono w badaniu histopatologicznym. Rozpoczęto terapię. Mimo braku przeciwwskazań do terapii ogólnej podjęto próbę leczenia miejscowego. Zastosowano 0,005% maść zawierającą kalcypotriol oraz fotochemioterapię miejscową, krem PUVA (0,1% 8-metylopsoralen). W wyniku tego leczenia uzyskano znaczną poprawę stanu miejscowego, dlatego postanowiono kontynuować tę terapię.

Pytania (może być więcej niż jedna prawidłowa odpowiedź):

1. Najbardziej prawdopodobne rozpoznanie w opisanym przypadku to:

- a) Grzybica paznokci
- b) Drożdżycza paznokci
- c) Zapalenie ciągłe krostkowe skóry palców (acrodermatitis continua suppurativa)
- d) Wyprysk dłoni i stóp

2. Opisana choroba najczęściej występuje u:

- a) Dzieci
- b) Kobiet
- c) Mężczyzn
- d) Jej występowanie nie jest zależne od płci ani wieku

3. Pod względem etiopatologicznym opisywana jednostka najbardziej przypomina:

- a) Chorobę alergiczną
- b) Chorobę zakaźną skóry

- c) Łuszczycę krostkową
- d) Liszaj płaski

4. Wskaż prawidłowe stwierdzenie dotyczące opisywanej choroby:

- a) Jest to przewlekła krostkowa dermatoza
- b) Przez niektórych traktowana jest jako wariant łuszczyce krostkowej rąk i stóp
- c) Jest schorzeniem łatwo poddającym się leczeniu
- d) Mężczyźni chorują znacznie częściej niż kobiety

5. Najbardziej przydatne w potwierdzeniu diagnozy jest badanie:

- a) Immunologiczne
- b) Histopatologiczne
- c) Ultrasonograficzne skóry
- d) Wirusologiczne

Ilek. Iwona Kuczborska,
Ilek. Aleksandra Batycka-Baran
dr. med. Joanna Maj

Katedra i Klinika Dermatologii,
Wenerologii i Alergologii AM,
Wrocław

Medycyna po Dyplomie 2010;
(19); 2 (167): ??-??

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



□ Rycina 1. Zmiany skórne obejmujące wszystkie palce kończyn górnych



□ Rycina 2. Zmiany skórne i paznokciowe na palcu V ręki prawej

6. Wybierz nieprawidłowe stwierdzenie:

- a) Chorobie towarzyszą bardzo silne dolegliwości bólowe
- b) Okresowo może pojawiać się świąd i pieczenie
- c) Częstym powikłaniem jest onycholiza
- d) W przebiegu choroby może dochodzić do uogólniania się zmian skórnych

7. Wybierz prawidłowe stwierdzenie dotyczące leczenia opisywanej choroby:

- a) Leczenie miejscowe daje bardzo dobre wyniki i zazwyczaj jest wystarczające

b) Zarówno leczenie miejscowe, jak i ogólne jest trudne i długotrwałe

c) W leczeniu ogólnym stosuje się metotreksat

d) W leczeniu miejscowym stosuje się pochodne witaminy D oraz kortykosteroidy

8. Oddzielanie się płytki paznokcia od łożyska na wolnym brzegu i po bokach to definicja:

- a) Onycholizy
- b) Onychodystrofii

- c) Paronychii
- d) Trachyonychii

9. W leczeniu omawianej choroby (w fotochemioterapii) stosuje się:

- a) Psoraleny
- b) Kortykosteroidy
- c) Pochodne witaminy D
- d) Retinoidy

10. W leczeniu ogólnym opisywanej choroby dobre efekty daje niekiedy stosowanie antybiotyków. Która grupa tych leków jest wykorzystywana w takiej terapii?

- a) Antybiotyki β -laktamowe
- b) Antybiotyki makrolidowe
- c) Antybiotyki tetracyklinowe
- d) Antybiotyki linkozamidowe

Program Edukacyjny Dermatologia 18/11 – rozwiązanie i komentarz

Opisano przypadek pacjenta z dwoma rodzajami zmian skórnych występujących u osób w starszym wieku. Zmiany na podudziach i przedramionach zostały rozpoznane jako rógowacenie gipsowe (*stuccokeratosis*). W piśmiennictwie polskim jednostka ta funkcjonuje najczęściej pod angielską nazwą. Opisywana i definiowana jest najczęściej jako forma licznych jasnozabarwionych brodawek łojotokowych występujących u starszych mężczyzn na kończynach dolnych. Po raz pierwszy schorzenie to opisali Kocsard i Ofner w 1958 r. Od tamtego czasu jest ono coraz częściej rozpoznawane, a niektóre dane statystyczne z USA wskazują, iż nawet u 10% starszych mężczyzn można obserwować opisywane zmiany. *Stuccokeratosis* rzadko pojawia się u kobiet; przyczyna tego nie jest znana. Zazwyczaj zmiany są bardzo liczne, od kilkunastu do stu. Ich najczęstsza lokalizacja to dystalne części kończyn dolnych, rzadziej górnych. Czynniki etiologiczne zmian nie są do końca wyjaśnione. Ze względu na niezwykle podobieństwo patofizjologiczne do brodawki łojotokowej uważa się, że etiologia opisywanych zmian jest taka sama. Rzeczywiście *stuccokeratosis* częściej dotyka osoby narażone przewlekłe na promieniowanie słoneczne (np. rolników). Niewyjaśniona jest natomiast przyczyna lokalizacji tych zmian. Występują one bowiem w miejscach, które nie zawsze są odsłonięte. Nieliczne prace naukowe donoszą o możliwości wystąpienia licznych zmian o charakterze *stuccokeratosis* w związku z zakażeniem niektórymi typami HPV. Doniesienia te wymagają jeszcze potwierdzenia. *Stuccokeratosis* nie powoduje żadnych dolegliwości subiektywnych w postaci bólu lub świądu. Są to zmiany całkowicie łagodne, nieulegające złośliwej metaplastji. W badaniu histopatologicznym mają bardzo typowy obraz, przypominający obraz histopatologiczny brodawki łojotokowej. Ze względu na aspekt kosmetyczny bardzo często dermatolodzy decydują się na usuwanie zmian. Najczęściej stosuje się usuwanie za pomocą ciekłego azotu lub metod chirurgicznych. Można rów-

nież dokonywać prób złuszczenia zmian za pomocą 30% maści z mocznikiem lub 5% kremu z imikwimodem.

Druga zmiana zlokalizowana w okolicy prawej łopatki na podstawie obrazu klinicznego oraz histopatologicznego została zdiagnozowana jako choroba Bowena. Jest to przewlekły stan zapalny skóry, nazywany również rakiem *in situ*, który pozostawiony bez leczenia może prowadzić do powstania inwazyjnego raka. Zmiany o typie choroby Bowena mogą mieć bardzo różną morfologię kliniczną. Zazwyczaj są to dobrze odgraniczone od skóry zdrowej łuszczykopodobne nieogające się blaszki (*psoriasiform plaque*). Ich lokalizacja bywa różnorodna. Najczęściej pojawiają się na tułowiu i twarzy. W przeważającej liczbie przypadków występują jako zmiany pojedyncze. Ich wielkość bywa różnorodna, od 2 mm do nawet 10 cm. Zazwyczaj nie powodują nasilonych dolegliwości, chociaż część pacjentów zgłasza występowanie okresowego świądu i pieczenia. W celu potwierdzenia diagnozy choroby Bowena konieczne jest wykonanie badania histopatologicznego. Metodę leczenia wybiera się w zależności od lokalizacji zmiany i jej wielkości. Najczęściej wykorzystuje się krioterapię, metody chirurgiczne oraz zachowawcze leczenie 5-fluorouracylem.

Badanie zrealizowano dzięki stypendium naukowemu w ramach projektu „Program rozwoju Akademii Medycznej we Wrocławiu” realizowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Program Operacyjny „Kapitał Ludzki” (Umowa nr UDA-POKL.04.01.01-00-010/08-00), odbytemu w Klinice Dermatologii i Alergologii w Monachium (dyrektor prof. dr med., dr h.c. Thomas Ruzicki).

Piśmiennictwo:

1. Stockefelth E, Röwert J, Arndt R, et al. Detection of human papillomavirus and response to topical 5% imiquimod in a case of stucco keratosis. *Br J Dermatol.* Oct 2000;143(4):846-50.
2. Kocsard E, Carter JJ. The papillomatous keratoses. The nature and differential diagnosis of stucco keratosis. *Australas J Dermatol* 1971;12(2):80-8.
3. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, et al. Benign Epithelial Tumors. (w:) *Dermatology-Springer-Verlag BerlinHeidelberg* 1991:987-998.
4. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, et al. Precanceroses (w:) *Dermatology-Springer-Verlag BerlinHeidelberg* 1991:999-1011.

Prawidłowe odpowiedzi:

1. c, 2. b, 3. b, 4. bd, 5. c, 6. a, 7. bc, 8. cd, 9. a, 10. a