

## CHOROBY GRUDKOWO-ZŁUSZCZAJĄCE

### Łuszczyca

#### DEFINICJA I OBJAWY KLINICZNE

Łuszczyca jest często występującą przewlekłą zapalną chorobą grudek-złuszczającą charakteryzującą się predylekcją do powierzchni wyprostnych kończyn i owłosionej skóry głowy. U obu płci występuje jednakowo często. Obserwuje się dwa szczyty zachorowań – w okresie dojrzewania i w wieku średnim. Nasilenie choroby może zmieniać się wraz z upływem czasu. Objawy kliniczne cechuje duża różnorodność. Badania rodzin wskazują na występowanie silnego czynnika genetycznego. Do czynników wyzwalających lub zaostrzających chorobę należą urazy (objaw Köbnera) (ryc. 59), infekcje paciorkowcowe, leki (np. lit, beta-adrenolityki, leki przeciwnadciężenne), stres, alkohol i palenie papierosów.

Przewlekła łuszczyca plackowata (łuszczyca zwykła) stanowi najczęstszą postać choroby i charakteryzuje się obecnością dobrze odgraniczonych pogrubiałych, intensywnie czerwonych blaszek pokrytych srebrzystą łuską (ryc. 60). Zmiany mogą zajmować każdą okolice, jednak typowo występują na wyprostnych powierzchniach kończyn, zwłaszcza na kolanach (ryc. 61) i łokciach, w okolicy krzyżowej, na owłosionej skórze głowy (wzdłuż linii włosów) (ryc. 62) i na uszach. Blaszkki bywają małe (1–2 cm) lub bardzo duże (np. zajmujące całą powierzchnię wyprostną kończyny). Mogą lokalizować się w jednej lub dwóch okolicach, ale mogą też zajmować większość powierzchni skóry (ryc. 63).

W łuszczycy brudźkowej występują plackowate zmiany z wielowarstwowymi dobrze przytwierdzonymi strupami (nasiloną hiperkeratozą) (ryc. 64).

Łuszczyca kropelkowata typowo pojawia się u dzieci i młodych dorosłych po przebyciu infekcji paciorkowcowej gardła. W jej przebiegu dochodzi do wysiewu licznych okrągłych lub owalnych czerwonych blaszek pokrytych łuską o średnicy do 1 cm na skórze tułowia i bliższych części kończyn (ryc. 65).



Ryc. 59 Objaw Köbnera.



Ryc. 60 Blaszkka łuszcycowa.

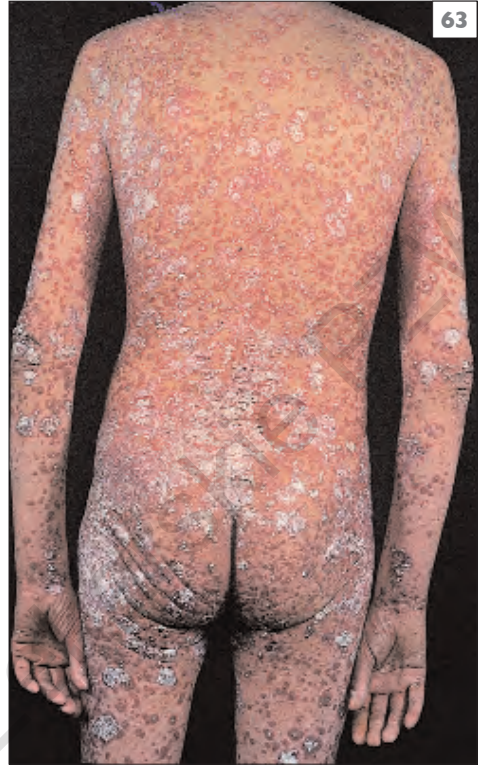


Ryc. 61 Wykwity łuszcycowe w okolicy kolana.



62

**Ryc. 62** Łuszczyca w obrębie owłosionej skóry głowy.



63

**Ryc. 63** Uogólnione zmiany łuszczykowe.



64

**Ryc. 64** Łuszczyca brudźcowa.



65

**Ryc. 65** Łuszczyca kropelkowa.

***Dermatosis papulosa nigra*****DEFINICJA I OBJAWY KLINICZNE**

Są to grudkowe wykwity o zwiększonej pigmentacji, przypominające brodawki łojotokowe, zlokalizowane na skórze twarzy i szyi. Powstają na skutek defektu rozwojowego jednostki włosowo-łojowej. Patologia ta jest niezwykle rozpowszechniona wśród osób rasy czarnej. Zmiany składają się z małych ciemnych plamek i grudek, często dość licznych, w obrębie policzków i czoła.

**DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA**

Plamy soczewicowate.

**BADANIA DIAGNOSTYCZNE**

Nie są wymagane.

**LECZENIE**

Większość pacjentów nie wymaga leczenia. Zmiany mogą być usunięte przy użyciu elektrokoagulacji lub diatermii.



**Ryc. 354** *Dermatosis papulosa nigra.*

## Rogowiak kolczystokomórkowy (*keratoacanthoma*)

### DEFINICJA I OBJAWY KLINICZNE

Jest to guzek ustępujący samoistnie, spowodowany szybką proliferacją keratynocytów. Zmiany pojawiają się w miejscach ekspozowanych na słońce, szczególnie na głowie i kończynach górnych. Pojedyncza twarda grudka o zabarwieniu różowym lub cielistym szybko powiększa się w ciągu kilku dni lub tygodni. Na końcu fazy wzrostu zmiana ma postać symetrycznego kopulastego guzka pokrytego scieżczalym naskórkiem, z widocznymi teleangiektazjami i centralnie położonym czopem rogowym (ryc. 355 i 356). Zmiana ustępuje samoistnie w ciągu kilku miesięcy, pozostawiając zagłębioną bliznę.

### EPIDEMIOLOGIA

Uważa się, że występowanie *keratoacanthoma* ma związek z ekspozycją na promieniowanie UV. Jednak, w przeciwieństwie do raka kolczystokomórkowego, rogowiak kolczystokomórkowy występuje zwykle u osób w średnim wieku i zachorowalność w populacji osób w starszym wieku nie zwiększa się. Zmiany mnogie mogą pojawiać się u osób z immunosupresją oraz z rozrostem nowotworowym. Zmiany gojące się samoistnie występują w zespole Fergusona-Smitha.

### BADANIA DIAGNOSTYCZNE

Badanie histopatologiczne w celu wykluczenia raka kolczystokomórkowego.

### DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA

Rozróżnienie inwazyjnego raka kolczystokomórkowego i rogowiaka kolczystokomórkowego może być klinicznie i histopatologicznie trudne; w razie jakichkolwiek wątpliwości guz powinien być leczony jak inwazyjny rak kolczystokomórkowy (niektórzy autorzy uważają rogowiaka kolczystokomórkowego za postać dobrze zróżnicowanego raka kolczystokomórkowego – przyp. red. wyd. pol.).

### LECZENIE

Wycięcie w celu histopatologicznego potwierdzenia rozpoznania.



Ryc. 355 *Keratoacanthoma* z centralnym czopem rogowym.



Ryc. 356 *Keratoacanthoma*.



Ryc. 373 Oblak (guz turbanowy).



Ryc. 374 Gruczolak potowy przewodowy.



Ryc. 375 Torbiel potowa ekrynowa.



Ryc. 376 Gruczolaki potowe przewodowe o charakterze znamienia.

## Ziarniniak grzybiasty

### DEFINICJA I OBJAWY KLINICZNE

Ziarniniak grzybiasty jest najczęściej występującym chłoniakiem z komórek T. Ta rzadka choroba dotyczy głównie starszych dorosłych i zwykle ma przewlekły, ale łagodny przebieg. Początek choroby jest na ogół bezobjawowy lub z obecnością rumieniowych, delikatnie zluszczających się ognisk o różnych rozmiarach. Zmiany te mogą być zlokalizowane w każdej okolicy, ale mają tendencję do zajmowania tułowia i kończyn (ryc. 407). U osób o ciemnej karnacji wyraźna może być hipopigmentacja (ryc. 408). W większości przypadków nie dochodzi do dalszego rozwoju choroby. Ogniska rumieniowe mogą ewoluować w nacieczone purpurowoczerwone blaszki, rzadziej we wrzodziejące blaszki lub guzki (stadium guzowate) (ryc. 409). Wszystkie trzy stadia zmian mogą występować jednocześnie.

Zajęcie owłosionej skóry głowy niekiedy prowadzi do łysienia. Może dojść do powiększenia obwodowych węzłów chłonnych, a także, w rzadkich przypadkach do hepatosplenomegalii i pojawienia się nacieków limfatycznych w różnych narządach.

Siatkowatość pagetoidalna (choroba Worringera-Koloppa), chłoniak skóry z komórek T, ma postać dobrze odgraniczonej pojedynczej, powoli powiększającej się blaszki o zluszczającej się powierzchni, która najczęściej powstaje w okolicach dystalnych u młodych dorosłych.

### DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA

Wyprysk, łuszczyca i przyłuszczyca drobnoogniskowa.

### BADANIA DIAGNOSTYCZNE

Badanie histopatologiczne zmienionej skóry. Badania rearanżacji genu receptora dla komórek T mogą potwierdzić wczesne zajęcie skóry lub węzłów chłonnych. Badania radiologiczne i hematologiczne pozwalają wykluczyć zajęcie układu, kiedy choroba znajduje się w stadium rozległej blaszki lub guza.

### LECZENIE

Wybór metody leczenia zależy od stadium choroby i kondycji fizycznej pacjenta. Należy pamiętać, że pacjenci często są osłabieni i w starszym wieku. Silne miejscowo działające glikokortykosteroidy i fototerapię stosuje się powszechnie na wczesnym etapie choroby. Inne opcje terapeutyczne obejmują stosowanie: miejscowej chemioterapii (mechloretamina, karmustyna), retinoidów, radioterapii i naświetlania wiązką szybkich elektronów.



Ryc. 407 Ziarniniak grzybiasty – stadium zmian naciekowych.



Ryc. 408 Ziarniniak grzybiasty z ogniskami hipopigmentacji.



Ryc. 409 Ziarniniak grzybiasty – stadium guzowate.

## ZARAŻENIA

### Ukąszenia owadów i roztoczy (pokrzywka grudkowa)

#### DEFINICJA I OBJAWY KLINICZNE

W wyniku ukąszenia przez owady lub roztocza pojawiają się mnogie bąble, grudki lub przeczasy, a czasem pęcherze.

Pchły, komary i meszki to najczęstszy sprawcy ukąszeń; ich aktywność zależy od szerokości geograficznej i pory roku. Reakcje na ukąszenie są różne, w zależności od indywidualnej odpowiedzi: zmiana może w ogóle nie wystąpić, mogą pojawić się łagodne swędzące grudki lub nawet zmiany pęcherzowe. Znajomość pory roku i okoliczności zazwyczaj wystarcza do określenia, czy pacjenta ukąsił komar czy meszka. Ukąszenia przez pchły i roztocza, zwłaszcza wielokrotne i nawracające, mogą sprawiać znaczne trudności diagnostyczne. Używa się w odniesieniu do nich terminu pokrzywka grudkowa. Najlichniesze zmiany skórne można zaobserwować w obrębie kończyn dolnych i dolnej części tułowia (ryc. 491), ale zajęta może być każda okolica. Zgrupowane swędzące grudki i bąble niekiedy układają się linijnie. W obrębie zmiany skórnej uwagę zwraca obecność centralnie położonego punktu, ale często niełatwo go zauważyć z powodu zamazania obrazu zmiany na skutek intensywnego drapania swędzących wykwitów. Mogą też występować pęcherze, które zazwyczaj lokalizują się na kończynach dolnych (ryc. 492). Są one częściej spotykane u dzieci, jednak mogą wystąpić również u osób dorosłych. Zmiany są zwykle powodowane przez kocie i psie pchły. Ptasie pchły i roztocza mogą także dawać się we znaki człowiekowi. Do częstszych powikłań ukąszeń należy wtórne nadkażenie bakteryjne.

#### DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA

Wyprysk mieszkowy, opryszczkowe zapalenie skóry.

#### BADANIA DIAGNOSTYCZNE

Badanie sierści kotów lub psów uzyskanej podczas szczotkowania oraz inspekcja ich legowiska. Samo badanie zwierząt rzadko potwierdza infestację.

#### LECZENIE

Bardzo często trudno jest „wysledzić” czynnik sprawczy. Pomocne może być leczenie objawowe, polegające na miejscowej aplikacji preparatów przeciwświądowych, doustnym podawaniu leków przeciwhistaminowych oraz stosowaniu repelentów.



Ryc. 491 Pokrzywka grudkowa.



Ryc. 492 Pęcherzowa pokrzywka grudkowa.