



Ziarniniak obrączkowy

Granuloma annulare

Katarzyna Nowak¹, Kornelia Pietrauska¹, Alicja Gońda¹, Beata Bergler-Czop²,
Krzysztof Januszewski³

¹Oddział Dermatologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego w Katowicach

²Katedra i Klinika Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

³Zakład Patomorfologii, Górnośląskie Centrum Medyczne Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

STRESZCZENIE

Ziarniniak obrączkowy (GA, *granuloma annulare*) jest łagodną niezakaźną chorobą ziarniniakową skóry. Zmiany skórne mają charakter rumieniowych blaszek lub grudek ułożonych pierścieniowo. Występuje w postaci zlokalizowanej (najczęściej na kończynach) lub uogólnionej. W pracy przedstawiono przypadek pacjentki ze zmianami uogólnionymi o nietypowej morfologii.

Forum Derm. 2022; 8, 2: 98–100

Słowa kluczowe: ziarniniak obrączkowy, rumień, grudki

ABSTRACT

Granuloma Annulare (GA) is benign, non-infectious granulomatous disease of the skin. It has the form of erythematous plaques or papules arranged in an annular configuration. The lesions are most often located on the extremities but may be located in the generalized form. This presented paper presents a patient with generalized lesions of atypical morphology.

Forum Derm. 2022; 8, 2: 98–100

Key words: granuloma annulare, erythema, papules

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka (71 lat), z rozpoznaniem w 2009 roku ziarniniakiem obrączkowym, została przyjęta do Kliniki Dermatologii w celu poszerzenia diagnostyki i modyfikacji leczenia.

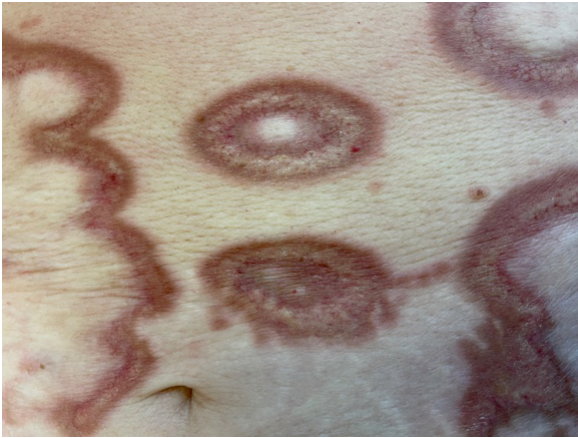
Rozpoznanie zostało potwierdzone w 2009 roku badaniem histopatologicznym wycinków pobranych ze zmiany na brzuchu i ze zmiany w okolicy pachowej lewej. Chora obciążona jest chorobami metabolicznymi układu krążenia oraz endokrynnego, leczona z powodu cukrzycy insulino-niezależnej, wola guzkowego (obecnie w stanie eutyreozy), choroby wieńcowej i nadciśnienia tętniczego. Przy przyjęciu w badaniu dermatologicznym stwierdzono liczne pierścieniowate blaszki i grudki rumieniowe, rozmieszczone symetrycznie i rozproszone na tułowiu, kończynach górnych i dolnych z centralnym przejaśnieniem, bez łusek (ryc. 1, 2). Zmianom nie towarzyszyły objawy subiektywne. Na powierzchni kończyn dolnych obecne były również owrzodzenia na tle rumieniowym częściowo pokryte włóknikiem i martwiczymi strupami (ryc. 3, 4). W czasie hospitalizacji wykonano pełen



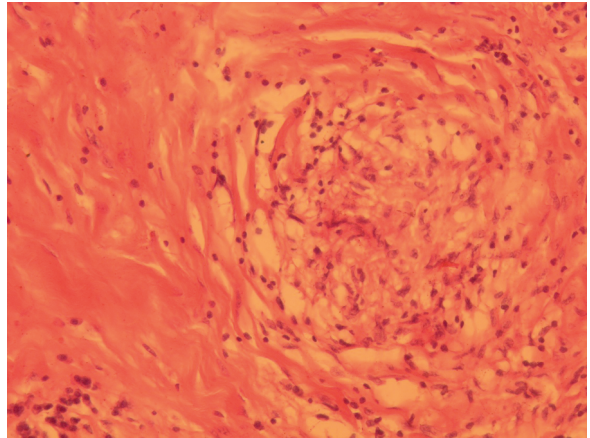
Rycina 1. Widoczne liczne pierścieniowate zmiany grudkowo-rumieniowe na kończynach dolnych i tułowiu. Materiał własny Kliniki

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Beata Bergler-Czop, SPSK im. A. Mielęckiego, ul. Francuska 20/24, 40-027 Katowice, tel.: 32 2591 581,
e-mail: bbergler-czop@sum.edu.pl



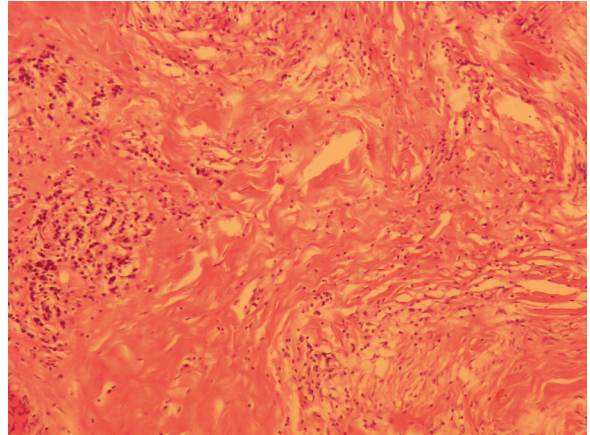
Rycina 2. Widoczne zmiany skórne rumieniowo-naciekowe o układzie obrączkowatym, otoczone wyraźnym i twardym wałem o charakterze rozszianym. Materiał własny Kliniki



Rycina 5. Obraz histopatologiczny wycinka skórniego. Materiał własny Zakładu Patomorfologii



Rycina 3. Widoczne owrzodzenia na tle rumieniowym okolicy obu kończyn dolnych. Materiał własny Kliniki



Rycina 6. Obraz histopatologiczny wycinka skórniego. Materiał własny Zakładu Patomorfologii



Rycina 4. Owrzodzenia podudzia lewego. Widoczne strupy martwicze z ziarniną. Materiał własny Kliniki

panel badań laboratoryjnych. Nie wykazano istotnych odchyleń, jak również nie wykryto podwyższonych stężeń markerów nowotworowych. Pobrano dwa wycinki do badania histopatologicznego, w tym jeden z immunofenotypizacją. W wyniku badania patomorfologicznego zaobserwowano gromadzący się pomiędzy włóknami kolagenowymi naciek złożony z komórek makrofagalnych z ogniskowym gromadzeniem mucyn, który potwierdza rozpoznanie GA (ryc. 5, 6). W badaniu USG Doppler kończyn dolnych stwierdzono w obu kończynach dolnych niewydolny perforator Crockett na wysokości $\frac{1}{3}$ dystalnej podudzi.

W dotychczasowym leczeniu ziarniniaka obrączkowego stosowano: propionian klobetazolu, krioterapię oraz fototerapię UVB311 (z niewielką poprawą), a w terapii owrzodzeń: Alantan maść, maść tranową, olej lniany, chloramfenikol, Octenisept, klostridiopeptydazę, przymoczki 0,9-procentowy roztwór chlorku sodu (NaCl). Podczas hospitalizacji wdrożono terapię za pomocą propionianu klobetazolu w postaci maści na zmiany obrączkowe, z powodu

owrzodzeń zastosowano ceftriakson w dawce 2g 1 × d. dożylnie przez 4 dni, a zewnętrznie przymoczek z 0,9-procentowym roztworem NaCl, wazelinę na owrzodzenia oraz usunięto chirurgicznie martwicę. W leczeniu ambulatoryjnym zalecono kontynuację stosowania maści z propionianu klobetazolu, a na owrzodzenia kończyn dolnych opatrunek hydrokoloidowy. Pacjentka pozostaje pod stałą kontrolą Przyklinicznej Poradni Dermatologicznej.

OMÓWIENIE

Ziarniniak obrączkowy (GA) występuje jako choroba skóry najczęściej przebiegająca z pojawieniem się charakterystycznych grudek i guzków o układzie obrączkowym, które mogą ustępować samoistnie bez pozostawienia blizny. Dotyczy z reguły osób poniżej 30 roku życia, zwłaszcza kobiet i dzieci. Może występować w postaci rumieniowej, blaszkowej, podskórnej, perforującej i rozsianej [1–3]. Częstość występowania szacuje się na 0,1–0,4%. Może towarzyszyć cukrzycy, chorobie nowotworowej lub HIV [4], chorobom trzustki, tarczycy, gruźlicy, hiperlipidemii, infekcjom wirusowym wywołanym przez wirusa ospy wietrznej i półpaśca oraz Ebsteina-Barr [5]. U dzieci może pojawić się po ukąszeniach owadów, iniekcjach, urazach, szczepieniach. Z postacią rozlaną spotykamy się często w przypadku cukrzycy lub chorób tarczycy. Ziarniniak obrączkowy występuje w postaci rumieniowych blaszek lub grudek zlokalizowanych najczęściej na dalszych częściach kończyn, z reguły na grzbietach rąk i stóp. Etiologia GA jest nieznana. Rozstrzygającym badaniem dla rozpoznania GA jest biopsja z badaniem histopatologicznym wycinków. Różnicujemy go z takimi schorzeniami jak: sarkoidoza obrączkowa, w której guzki mają kolor sinobrunatny, z guzkami okołostawowymi, gdzie zmiany są głębiej umiejscowione, z liszajem płaskim, który ma bardziej płaskie zmiany, z guzkami reumatoidalnymi, ukąszeniem owada oraz z rumieniem guzowatym [6]. Jeśli chodzi o rokowanie jest to choroba łagodna, często samoograniczająca — zmiany mogą zaniknąć samoistnie. Wykwity mają charakter bardziej trwały, gdy występują w formie uogólnionej. Leczenie GA jest często niezado-

walające. Lekami pierwszego rzutu w przypadku pojedynczych zmian są glikokortykosterydy, które wstrzykuje się do zmiany chorobowej, lub stosuje pod opatrunkiem okluzyjnym. Przy braku poprawy lekami drugiego rzutu są: dapson, metotreksat, hydroksychlorochina, pentoksyfilina, sulfalazyna. Jako leczenie trzeciego rzutu można rozważyć fototerapię i celowane immunomodulatory, na przykład: tofacitinib, apremilast lub terapie biologiczne (dupilumab, adalimumab, etanercept i infliksymab). Jeśli chodzi o przypadki rozsiane lub niereagujące na leczenie miejscowe, stosuje się sterydy ogólne lub Cyklosporynę A, estry kwasu fumarowego oraz leki przeciwmalaryczne. Dobre efekty przynosi też krioterapia za pomocą płynnego azotu lub chlorku etylu. W cięższych przypadkach zalecana jest radiochemioterapia. Jednak jedną z najbardziej skutecznych terapii popartych dowodami jest fototerapia. Pomimo wielu metod leczenia nie opracowano jeszcze metody idealnej, nawroty zdarzają się po wszystkich znanych terapiach [7]. Niestety nie ma działań profilaktycznych, które zapobiegałyby rozwojowi tej choroby.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Rubin CB, Rosenbach M. Granuloma annulare: a retrospective series of 133 patients. *Cutis*. 2019; 103(2): 102–106, indexed in Pubmed: [30893387](#).
2. Ronen S, Rothschild M, Suster S. The interstitial variant of granuloma annulare: Clinicopathologic study of 69 cases with a comparison with conventional granuloma annulare. *J Cutan Pathol*. 2019; 46(7): 471–478, doi: [10.1111/cup.13455](#), indexed in Pubmed: [30883851](#).
3. Gabaldón VH, Haro-González-Vico V. Lack of an association between generalized granuloma annulare and malignancy: A case-control study. *J Am Acad Dermatol*. 2019; 80(6): 1799–1800, doi: [10.1016/j.jaad.2019.02.056](#), indexed in Pubmed: [30826288](#).
4. Imadojemu S, Rosenbach M. Advances in Inflammatory Granulomatous Skin Diseases. *Dermatol Clin*. 2019; 37(1): 49–64, doi: [10.1016/j.det.2018.08.001](#), indexed in Pubmed: [30466688](#).
5. Smith MD, Downie JB, DiCostanzo D. Granuloma annulare. *Int J Dermatol*. 1997; 36(5): 326–333, doi: [10.1046/j.1365-4362.1997.00257.x](#), indexed in Pubmed: [9199977](#).
6. Maciejewska J Ziarniniak obrączkowy. <https://www.mp.pl/pacjent/dermatologia/choroby/chorobyskory/170684,ziarniniak-obraczkowy> (21.12.2021).
7. Min MS, Lebwohl M. Treatment of recalcitrant granuloma annulare (GA) with adalimumab: A single-center, observational study. *J Am Acad Dermatol*. 2016; 74(1): 127–133, doi: [10.1016/j.jaad.2015.09.015](#), indexed in Pubmed: [26552891](#).