

Współistnienie łuszczycy z wypryskiem dłoni i stóp — problem diagnostyczny

Coexistence of psoriasis and eczema of hands and feet — diagnostic problem

STRESZCZENIE

Przewlekłe zmiany zapalne zlokalizowane w obrębie dłoni i stóp są poważnym problemem diagnostycznym dla każdego dermatologa. W pierwszej kolejności trzeba brać pod uwagę występowanie zmian wypryskowych, łuszczycy zwykłej oraz łuszczycy krostkowej. Stwierdzenie typowych guzków łuszczycowych w innej lokalizacji bądź dodatnie wyniki testów płatkowych nie wykluczają współistnienia obu procesów chorobowych. Przeanalizowano przypadki 36 chorych hospitalizowanych na Oddziale Dermatologicznym Miejskiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie w latach 2005–2008. U połowy chorych (18 osób) wyniki testów płatkowych były dodatnie, najczęściej na nikiel i chrom. U 19 pacjentów wykonano badanie histopatologiczne: u 11 osób stwierdzono wyprysk, u 4 łuszczycę, a u 4 cechy łuszczycy i wyprysku. Dodatnie testy płatkowe występowały u około 50% osób ze stwierdzoną łuszczycą oraz u 75% z nakładaniem się łuszczycy i wyprysku. Powyższe wyniki mogą tłumaczyć, dlaczego chorzy z rozpoznaniem łuszczycy często źle tolerują leczenie miejscowe albo dlaczego działanie alergenu i wywołany tym samym proces zapalny może być objawem Koebnera, który pobudza stale proces łuszczycowy, mimo stosowanego leczenia. Z kolei zmieniony łuszczycowo naskórek staje się bardziej przenikalny dla alergenów, co może skutkować rozwojem alergii kontaktowej.

Forum Medycyny Rodzinnej 2009, tom 3, nr 6, 501–504

słowa kluczowe: łuszczycza dłoni i stóp, wyprysk kontaktowy, *eczematous psoriasis*

ABSTRACT

Chronic inflammatory lesions on palms and feet are a severe diagnostic problem for every dermatologist. First, it is necessary to take into consideration the occurrence of eczematous changes, psoriasis vulgaris and pustular psoriasis. Diagnosing typical psoriatic papules in other places or positive results of patch tests do not exclude the

Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Maria Welenc

Oddział Dermatologiczny Miejskiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie

Adres do korespondencji:

Ilek. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek
Oddział Dermatologiczny MSZ w Olsztynie
ul. Niepodległości 44, 10-045 Olsztyn
tel.: (89) 532-61-17
e-mail: aganek@wp.pl

co-occurrence of both medical processes. The cases of 36 patients were analyzed in the Dermatology Ward at the Municipal Polyclinical Hospital in Olsztyn in the years 2005–2008. The results of patch tests in the case of half of the patients (18 people) were positive, mostly as regards nickel and chrome. In the case of 19 patients histopathological tests were conducted — 11 people were diagnosed with eczema, 4 people — with psoriasis and 4 people — with elements of psoriasis and eczema. Positive patch tests occurred in the case of 50% of the patients with diagnosed psoriasis, and in 75% of the patients psoriasis overlapped with eczema. These results may explain why patients diagnosed with psoriasis badly tolerate local treatment or why allergenic activity and resulting inflammation may constitute the Koebner phenomenon, which constantly stimulates the psoriatic process despite administered treatment. Epidermis changed by psoriasis, in turn, becomes permeable to allergens, which may lead to the development of contact allergy.

Forum Medycyny Rodzinnej 2009, vol. 3, no 6, 501–504

key words: psoriasis hands and feet, contact eczema, eczematous psoriasis

Przewlekłe zmiany zapalne zlokalizowane w obrębie dłoni i stóp są poważnym problemem diagnostycznym dla każdego dermatologa. W pierwszej kolejności trzeba brać pod uwagę występowanie zmian wypryskowych, łuszczycy zwykłej oraz łuszczycy krostkowej. Stwierdzenie typowych grudek łuszczycowych w innej lokalizacji bądź dodatnie wyniki testów płatkowych nie wykluczają współistnienia obu procesów chorobowych.

PRZYPADEK KLINICZNY — CHORY W.D., LAT 45

U chorego na wewnętrznych i grzbietowych powierzchniach dłoni oraz podeszwach stóp od 4 lat występowały zmiany rumieniowogrudkowe, zlewne, z towarzyszącym złuszczeniem, dość ostro odgraniczone od zdrowej skóry. Towarzystwiły im „plamy olejowe” na paznokciach dłoni. Pacjent obserwował nasilenie się zmian chorobowych w trakcie pracy — podczas tynkowania lub zakładania glazury. W dokumentacji chorego z Poradni Dermatologicznej w okresie 4-letniej obserwacji przewijały się rozpoznania: *eczema chronicum, pustulosis manuum et pedum*

oraz *acrodermatitis continua Hallopeau*. Wykonane dwukrotnie u chorego testy płatkowe (w 2005 i 2008 roku) nie wykazały dodatnich odczynów. Z powodu nasilenia objawów chorobowych, które wyłączały pacjenta z aktywności zawodowej włączono terapię systemową. Od XI.05 do II.06 chory był leczony cyklosporyną A w dawce 2,5–3 mg/kg mc. Zaobserwowano poprawę, ale odstawiono lek z powodu utrzymującego się wzrostu ciśnienia tętniczego do 160/90 mm Hg. Po odstawieniu leczenia zmiany ponownie nasiliły się, włączono Neotigason 50 mg/d. (0,7 mg/kg mc.) w okresie V.06–XI.06, uzyskując poprawę i częściowe ustąpienie zmian. Z powodu ponownego pogorszenia, według relacji pacjenta po kontakcie z nowym klejem do glazury, w leczeniu zastosowano metotreksat w dawce 15–10 mg/tydzień w okresie VII.07–II.08, uzyskując poprawę. Chory zmienił stanowisko pracy, obecnie zarządza firmą budowlaną, a zmiany chorobowe mają niewielkie nasilenie.

Dużą niespodzianką był wynik badania histopatologicznego wykonany przed włączeniem leczenia ogólnego — obraz raczej przemawia za rozpoznaniem *eczema* z uwa-

gi na zachowaną warstwę ziarnistą, zaznaczony obrzęk międzykomórkowy oraz brak krost (Akademia Medyczna w Poznaniu).

Okazuje się, że badanie histopatologiczne, uważane do tej pory za rozstrzygające, wcale nie musi dać jednoznacznej odpowiedzi. W badanym preparacie mogą współistnieć cechy charakterystyczne dla łuszczycy — papillomatoza i akantozę, jak i wyprysku — spongioza [1].

Aydin i wsp. w swojej pracy u 75% chorych z łuszczycą w badaniu histopatologicznym stwierdzili cechy spongiozy, objawu tak charakterystycznego dla wyprysku [1]. Dlatego wydaje się słuszne określenie *eczematous psoriasis*, które podkreśla współistnienie cech histologicznych obu jednostek chorobowych [2].

Z powodu trudności diagnostycznych w ocenie zmian rumieniowo-złuszczających w obrębie dłoni i stóp, autorzy niniejszej pracy dokonali analizy przypadków pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Dermatologii MSZ w Olsztynie w latach 2005–2008 roku na podstawie wywiadu, badania histopatologicznego oraz wyników testów płatkowych. Wybrano grupę 36 chorych ze zmianami wyłącznie w obrębie dłoni i stóp, w wieku 19–71 lat. U wszystkich chorych wykonano testy płatkowe, dodatkowo wyniki stwierdzono u 18 osób (50%). Najczęściej obserwowano dodatnie odczyny na nikiel i chrom u 6 osób, na kobalt, propolis, gumę czarną i PFDA u 3 osób, na balsam peruwiański i budesonid u 2 osób oraz neomycynę, nonox ZA, tiuram i aseptyny u 1 osoby.

U 19 chorych wykonano badanie histopatologiczne, u 11 osób stwierdzając obraz przemawiający za wypryskiem, u 4 osób za łuszczycą, a u 4 osób nie udało się dokładnie określić, czy jest to łuszczycę czy wyprysk. Ciekawym zjawiskiem jest występowanie dodatknych odczynów testów płatkowych u około połowy chorych z obrazem łuszczycy w badaniu histopatologicznym i u chorych z nakładaniem się cech łuszczycy i wyprysku (tab. 1).



Rycina 1. Zmiany rumieniowo-grudkowe na grzbietowych powierzchniach dłoni, wyraźne odgraniczenie od skóry zdrowej



Rycina 2. Zmiany rumieniowo-grudkowe na wewnętrznych powierzchniach dłoni, wyraźne odgraniczone od skóry zdrowej



Rycina 3. Plamy olejowe na paznokciach kciuków



**Zmieniony łuszczycowo
naskórek staje się
bardziej przenikalny
dla alergenów, co może
skutkować rozwojem
alergii kontaktowej**

Tabela 1

Wyniki badania histopatologicznego oraz testów płatkowych u osób ze zmianami rumieniowo-łuszczającymi w okolicy dłoni i stóp

Obraz histopatologiczny	Testy płatkowe dodatnie	Testy płatkowe ujemne
Wyprysk — 11 osób	7	4
Łuszczycza — 4 osoby	2	2
Wyprysk/łuszczycza — 4 osoby	3	1

Powyższe wyniki mogą tłumaczyć, dlaczego chorzy z rozpoznaniem łuszczycy często źle tolerują leczenie miejscowe albo dla czego działanie alergenu i wywołany tym samym proces zapalny może być objawem Koebnera, który pobudza stale proces łuszczycowy, mimo stosowanej terapii. Z kolei zmieniony łuszczycowo naskórek staje się bardziej przenikalny dla alergenów,

co może skutkować rozwojem alergii kontaktowej. Prawdopodobnie wytworzony mechanizm „błędnego koła” jest odpowiedzialny za długotrwałe utrzymywanie się zmian mimo prawidłowego leczenia i unikania alergenów. Takie zjawisko obserwuje się u chorych z łuszczycą, u których narażenie na czynniki drażniące i alergeny w pracy zawodowej prowokują zmiany chorobowe, co określa się jako *Occupational Contact Psoriasis* [3, 4].

Potwierdzeniem tego faktu są prace wykazujące większą częstość występowania dodatnich odczynów testów płatkowych u osób z łuszczycą dłoni i stóp — 39,5–41,7%, w porównaniu z grupą chorych na łuszczycę bez zajęcia dłoni i stóp — 6,6–12,7% [5, 6].

Wydaje się, że u pacjentów z łuszczycą, u których zmiany chorobowe dotyczą dłoni i stóp, niezbędne jest wykonanie testów płatkowych i uwzględnienie w procesie leczenia wyeliminowania czynników drażniących.

PIŚMIENNICTWO

1. Aydin O., Engin B., Oguz O. i wsp. Non-pustular palmoplantar psoriasis: is histologic differentiation from eczematous dermatitis possible? *J. Cutan. Pathol.* 2008; 35: 169S–179S.
2. Załuga E., Perzanowska M., Szamer B. i wsp. Współistnienie alergii kontaktowej z łuszczycą dłoni i stóp — doświadczenia własne. *Przegl. Dermatol.* 2001; 88: 427S–431S.
3. Moroni P., Cazzaniga R., Pierini F. i wsp. Occupational contact psoriasis. *Derm. Beruf. Umwelt.* 1988; 36: 163S–164S.
4. Kanerva L., Talvi A., Estlander T. Guess what! Occupational contact psoriasis. *Eur. J. Dermatol.* 1998; 8: 217–218S.
5. Lipozencić J., Milavec-Puretić V., Pasić A. Contact allergy and psoriasis. *Arh. Hig. Rada. Toksikol.* 1992; 43: 249S–254S.
6. Caca-Biljanovska N., V'ickova-Laskoska M., Bababanova-Stefanova M. i wsp. *Prilozi* 2005; 26: 131S–141S.