

# Zmiana skórna u dziecka

## Opis przypadku

**13**-letni chłopiec został przyjęty do Kliniki Dermatologii w celu diagnostyki i leczenia zmiany skórnej, którą miał od urodzenia. Przy przyjęciu zmiana miała wymiary 5 cm x 1 cm. Była zlokalizowana po prawej stronie szyi i układała się linijnie. Miała charakter brodawkowaty, kolor ciemnobrązowy (ryc. 1). Pacjent nie zgłaszał żadnych subiektywnych dolegliwości. Rodzice od urodzenia chłopca nie obserwowali znaczących zmian w obrębie opisywanej zmiany skórnej. Zgłaszali tylko jej powolne powiększanie się, w miarę jak dziecko roste. Poza nielicznymi znamionami melanocytowymi pacjent nie miał innych zmian skórnych. W rodzinie nie występowały żadne choroby skóry. Chłopiec nie cierpiał na żadne choroby przewlekłe ani nie przyjmował leków. Wywiad alergologiczny był ujemny. Na podstawie obrazu klinicznego oraz wywiadu ustalono rozpoznanie. Zmianę skórą usunięto chirurgicznie, w znieczuleniu miejscowym. Wycinek przesłano do badania histopatologicznego, w którym potwierdzono rozpoznanie.

## Pytania (może być więcej niż jedna prawidłowa odpowiedź):

**1. Najbardziej prawdopodobnym rozpoznaniem zmiany skórnej w opisywanym przypadku jest:**

- a) Brodawka łojotokowa
- b) Znamię naskórkowe
- c) Znamię barwnikowe
- d) Czerniak

**2. Opisywana zmiana skórna ma charakter:**

- a) Wrodzony
- b) Złośliwy
- c) Stały (może nieznacznie rosnąć lub zanikać, ale nie ustępuje całkowicie)
- d) Łagodny

**3. Opisywana zmiana najczęściej występuje:**

- a) U osób po 60. r.ż.
- b) Od urodzenia lub pojawia się we wczesnym dzieciństwie
- c) W miejscu urazu lub oparzenia skóry
- d) W miejscu istniejącego znamienia barwnikowego

**4. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące opisywanej zmiany:**

- a) Towarzyszą jej najczęściej silny świąd i pieczenie

- b) Jest najczęściej umiejscowiona po jednej stronie ciała
- c) Najczęściej towarzyszy przewlekłym chorobom narządów wewnętrznych
- d) Najczęstszą lokalizacją jest twarz

**5. Wskaż nieprawdziwe stwierdzenie dotyczące opisywanej zmiany:**

- a) Najczęściej jest położona symetrycznie względem osi ciała
- b) Zazwyczaj układa się linijnie
- c) Ma tendencję do bardzo szybkiego inwazyjnego wzrostu
- d) Wymaga szybkiej interwencji chirurgicznej

**6. Badaniem potwierdzającym kliniczne rozpoznanie jest:**

- a) Badanie dermatoskopowe
- b) Badanie histopatologiczne
- c) Badanie termograficzne
- d) Badanie USG zmiany skórnej

**7. Opisywana zmiana skórna jest zaliczana do:**

- a) Znamion wywodzących się z przydatków skóry
- b) Złośliwych nowotworów skóry
- c) Znamion naskórkowych
- d) Znamion naczyńniowych

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

Katedra i Klinika Dermatologii,  
Wenerologii i Alergologii  
we Wrocławiu

Medycyna po Dyplomie 2010;  
(19); 4 (169): 105-106

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



□ Rycina 1. Hiperkeratotyczna ciemnobrązowa zmiana skórna na szyi dziecka

### Program Edukacyjny Dermatologia 19/1 – rozwiązanie i komentarz

Przedstawiono przypadek pacjentki z ogniskowym rogowaceniem dłoni i stóp (*keratoderma palmoplantaris punctata*). Jest to rzadka genodermatoza, którą po raz pierwszy opisali Buschke i Fisher w 1910 r. oraz Brauer w 1913 r., dlatego jest ona określana jest także jako *keratoderma palmoplantaris punctata Buschke–Fischer–Brauer* lub zespół Buschkego–Fischera–Brauera. Choroba ta należy do kręgu keratodermii (rogowacenia) dłoni i stóp. Defekt genetyczny jest nieznan. Choroba jest dziedziczona autosomalnie dominująco z różną penetracją, choć opisano wiele przypadków sporadycznych. Obraz kliniczny charakteryzuje się występowaniem małych hiperkeratotycznych grudek, które mają tendencję do zlewania się w większe ogniska, głównie w miejscach narażonych na ucisk. Grudki i blaszki mogą mieć środkowe zagłębienie lub czop. Zmiany pojawiają się zwykle u młodych dorosłych, choć opisano przypadki, w których choroba rozwinęła się w późniejszym wieku. W przeciwieństwie do innych chorób z tej grupy zmiany nie przechodzą na boczne i grzbietowe powierzchnie dłoni i stóp oraz nie występują w innych okolicach ciała. Nie stwierdza się także innych zaburzeń, takich jak choroba ozębnej (*periodontopathia*) i związany z nią niedorozwój szczęki oraz zuchwy jak w zespole Papillona–Lefevre’a. W badaniu histopatologicznym stwierdza się znaczną hiperkeratozę z ogniskami parakeratozy, szczególnie przy ujściach gruczołów potowych. W rozpoznaniu

#### 8. W leczeniu miejscowym opisywanej zmiany skórnej można stosować:

- Leki przeciwbakteryjne
- Leki przeciwwirusowe
- Retinoidy
- Specjalne pumeksy

#### 9. W leczeniu inwazyjnym opisywanej zmiany stosuje się:

- Krioterapię
- Laseroterapię
- Usunięcie chirurgiczne
- Łyzeczowanie

#### 10. Wskaż prawidłowe stwierdzenie dotyczące ILVEN:

- Skrót ten oznacza zapalne linijne brodawkowe znamię naskórkowe
- Jest to zapalna odmiana znamienia naskórkowego
- Często ma bardzo duże rozmiary
- Bardzo często układa się jednostronnie wzdłuż linii Blaschko

różnicowym należy brać pod uwagę długotrwałe brodawki, modzele, rogowacenie poarsenowe oraz nabyte postacie rogowacenia dłoni i stóp. Dawniej nabyta postać rogowacenia ogniskowego dłoni i stóp była najczęściej skutkiem ekspozycji na arsen nieorganiczny, przy czym dodatkowo obserwowano zmiany barwnikowe i większą skłonność do rozwoju nowotworów skóry u tych pacjentów. W rzadkich przypadkach ogniskowe rogowacenie dłoni i stóp może być markerem procesu nowotworowego. Leczenie jest trudne. Dobre efekty przynoszą niekiedy doustne retinoidy oraz preparaty keratolityczne stosowane miejscowo.

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). Stypendium realizowano w Klinice Dermatologii i Alergologii w Monachium kierowanej przez prof. T. Ruzicką.

Adres do korespondencji: lek. Aleksandra Batycka-Baran, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM we Wrocławiu, ul. Chafubińskiego 1, 50-368 Wrocław

Piśmiennictwo:

- Oztas P, Alli N, Polat M, et al. Punctate palmoplantar keratoderma (Brauer-Buschke-Fischer syndrome). *Am J Clin Dermatol* 2007;8(2):113-6.
- Emmert S, K#üster W, Hennies HC, et al. 47 patients in 14 families with the rare genodermatosis keratosis punctata palmoplantaris Buschke-Fischer-Brauer. *Eur J Dermatol* 2003;13(1):16-20.
- Gupta R, Mehta S, Pandhi D, et al. Hereditary Punctate Palmoplantar Keratoderma (PPK) (Brauer-Buschke-Fischer Syndrome). *J Dermatol* 2004;31(5):398-402.

Odpowiedzi:

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