

MUDr. Andrea Hradiská

Kožné oddelenie, Uherskohradištská nemocnice a. s.

Autorka popisuje kazuistiku pacientky prijatej pre hyperpigmentované makulózne ložiská v oblasti tváre, krku a intertriginózných miestach. Ďalej dokumentuje výsledky realizovaných vyšetrení, ako aj histologickej verifikácie vzácnej formy lichen planus, a to lichen planus pigmentosus.

Dermatol. praxi 2008; 2(3): 156–157

Lichen planus pigmentosus (LPP) je zriedkavá forma lichen planus (LP), ktorá je charakterizovaná retikulárnymi a škvrnitými tmavohnedými, hyperpigmentovanými makulami v slnku exponovaných oblastiach a záhyboch (2).

Ochorenie má chronický priebeh. Príčina LPP je nejasná. Najčastejšie miesta výskytu pigmentovaných ložísk sú tvár, krk, axily, oblasť ingvín a submamárna oblasť. Farba ložísk je bridlicová až hnedočierna. Sliznice, dlane a chodidlá zvyčajne nebyvajú postihnuté.

Predominancia v pohlaví sa nevyskytuje. V niektorých prípadoch LPP môže byť sprevádzaný typickými lichenoidnými papulami. Vyskytuje sa u fototypov III-IV a u Indov (1). Relapsy a remisie sú časté. LPP môže byť sprevádzaný pruritom.

Podobné prejavy ako LPP ma erythema dyschromicum perstans (EDP). Odlíšenie týchto dvoch veľmi podobných nozologických jednotiek môže byť problematické.

Histologicky sa vyskytuje vakuolárna degenerácia bazálnej vrstvy epidermy, v derme je prítomná inkontinencia pigmentu, melanofágy a lymfocytárny infiltrát (5). Podobný histologický nález ma aj EDP.

53-ročná žena bola odoslaná na kožné oddelenie v Uherskom Hradišti s hyperpigmentovanými makulóznymi ložiskami hnedej farby v oblasti krku, axil, ingvín a v submamárnej oblasti. Lokálny nález trval asi pol roka, počas ktorého ložiska pribúdali a intenzívne svrbeli.

V rodinnej anamnéze pacientka udáva u otca, sestry a brata výskyt diabetes mellitus II. typu. Osobná anamnéza – v detstve pacientka prekonala bežné detské ochorenia, posledné 2 roky je sledovaná v neurologickej ambulancii pre polyneuropatiu, vertebrogenný algický syndróm a migrénu, inak sa na iné ochorenie neliečila a nebola nikde dispenzarizovaná. Pacientka v minulosti absolvovala cholecystektómiu.

Pacientka udáva liekové alergie na Dinyll, Eunalgit, Spasmoveralgin, po ktorých mala v minulosti

alergický exantém, presný časový úsek výskytu exantému si nepamätá. Gynekologická anamnéza: 4 pôrody, menopauza v 50. roku, gynekologické ťažkosti neguje. V liekovej anamnéze udáva časté užívanie analgetík, hlavne Ibalginu 400 mg. Pracuje ako robotníčka pri lise.

Ťažkosti, pre ktoré bola odoslaná na naše oddelenie, trvali asi pol roka. Spočiatku sa objavili dve drobné makuly v oblasti dekoltu, po tomto výseve nastávala postupná progresia a pigmentácie sa začali rozširovať pod prsia, do oblasti ingvín, axil, ďalej na oblasť krku (obrázky 1, 2, 3). Drobné pigmentácie boli aj na tvári pacientky. Ložiská boli najprv načervenelej farby a postupne stmavli do tmavohnedých ložísk a výrazne svrbeli. Celkové ťažkosti sa nevyskytovali. Pacientka je fototyp III.

Pomocou laboratórnych a paraklinických vyšetrení bola zistená elevácia glukózy 8,3 mmol/l s následným oGTT s nálezom glukózy nalačno 7,0, glykémia po podaní glukózy za 2 hodiny 11,5, CRP 9,4, FW 9/20, nález v ELFO sérových belkovín: zvýšená frakcia alfa-2-globulínu, ľahká hypergamaglobulinémia. Ostatné laboratórne výsledky bez patológie.

Vzhľadom na eleváciu v oGTT bolo realizované diabetologické konzílium so záverom glykemická krivka pozitívna pre manifestný diabetes mellitus, odporučené perorálne antidiabetiká a diéta. Rtg pľúc a srdca bez patologického nálezu. Sonografické vyšetrenie brucha s normálnym nálezom.

Gynekologickým vyšetrením sa zistilo hyperplastické endometrium, cysta pravého ovária, pacientka indikovaná na kyretáž, odporučené realizovať odbery CA 125 a CA 19–9.

Výsledky kyretáže a onkomarkerov boli negatívne.

Vzhľadom na lokálny nález sa realizovala probatórna excízia z ložiska v submamárnej oblasti. Dermatohistopatologický záver: lichenoidná tkanivová reakcia nie príliš veľkej intenzity – nález sa približuje k menej aktívnej morfe lichen planus. V diferenciálnej diagnostike z mikroskopického hľadiska je nutné zvažovať lupus erythematoses a erythema dyschromicum perstans. Intertriginózna akcentácia procesu v prípade lichen planus by mohla zodpovedať

variantu pigmentosus-inversus. Podľa možnosti zopakovať probatórnu excíziu z aktívnejšej, viac červenej a menej pigmentovanej lézie.

Obrázok 1. Nález v submamárnej oblasti pri prijatí



Obrázok 2. Kožný nález v oblasti ľavej axily



Obrázok 3. LPP v ľavej ingvine



Počas týždňa dochádza k ďalšiemu pribúdaniu tmavočervených ložísk submamárne až na hornú časť brucha. Odobraná probatórna excízia z dvoch aktívnych ložísk v submamárnej oblasti. Histologickým vyšetrením bol dokázaný nález hydropickej degenerácie stratum basale s miernou akantózou, v hornom kóriu nie príliš hustý infiltrát lymfocytov s Civatteho telieskami a melanofágmi.

Záver: nález z oboch ložísk zodpovedá lichen planus pigmentosus-inversus.

Diskusia

LPP je popisovaný ako vzácna forma LP, nežnámej etiológie. Najčastejší výskyt je v oblastiach exponovaných slnečnému žiareniu a v intertriginózných oblastiach. Niektorí autori udávajú prevahu lézií LPP v intertriginózne oblasti, najčastejšie v axilách, pričom navrhujú označenie LPP-inversus (4). Tak tiež bol zaznamenaný LPP v iných ako uvedených lokalizáciách, a to v oblasti stehna, takýto výskyt je

však veľmi zriedkavý (3). Ochorenie má chronický priebeh, často je sprevádzané pruritom. Výskyt LPP je rovnaký u oboch pohlaví. V diferenciálnej diagnostike treba zvažovať EDP. Niektorí autori udávajú pri EDP v ranných štádiách hyperpigmentované makuly s elevovaným erytematóznym okrajom, ktorý sa pri LPP nevyskytuje. Distribúcia prejavov pri EDP je symetrická, s postihnutím trupu, končatín a tváre. Pruritus sa pri EDP nevyskytuje.

Ďalej v diferenciálnej diagnostike LPP prichádzajú do úvahy lichenoidné poliekové reakcie a fixný liekový exantém.

Väčšina autorov udáva, že žiadna efektívna terapia LPP nie je k dispozícii. Lokálne kortikosteroidy, tretinoín, ako aj celkové kortikosteroidy sú len málo účinné. Vhodná je ochrana pred UV žiarením, v prípade nevyhnutnosti kozmetické krytie. Na tlmenie pruritu antihistaminiká.

V opísanom prípade je príčina neznáma, hoci by LPP mohol súvisieť s predchádzajúcim poliekovým

exantémom, ktorý pacientka udávala po uvedených analgetikách (pyrazolonové deriváty).

Záver

U pacientky sa svrbenie po aplikácii lokálnych kortikosteroidov výrazne nezmiernilo. Lokálne retinoidy vyvolávali u pacientky pocit pálenia. Po aplikácii Diprophos inj. (betamethasoni dipropionas) a antihistaminík dochádza k útlmu svrbenia. Lokálny nález sa po aplikácii lokálnych a celkových kortikosteroidov výrazne nezmenil, makulózne pigmentácie pretrvávajú v opísaných oblastiach naďalej, avšak bez nových exacerbácií. Pacientka aplikuje lokálne emolenciá, na oblasť tváre mejkap a fotoprotekciu na zakrytie hyperpigmentácií.

MUDr. Andrea Hradiská

Kožné oddelenie, Uherskohradištská nemocnica a. s.
J. E. Purkyně 365, 686 68 Uherské Hradiště
e-mail: hradiska.andrea@post.sk

Literatúra

1. Benáková N, Štork J. Lichen planus a lichenoidní reakce. Čs. Derm. 2005; 80(2): 65–75.
2. Hong S, Shin JH, Kang HY. Two cases of lichen planus pigmentosus presenting with a linear pattern. J. Korean. Med. Sci. 2004; 19(1): 152–154.
3. Kim KJ, Bae GY, Choi JH, Sung KJ, Moon KC, Koh JK. A case of localized lichen planus pigmentosus on the thigh. J Dermatol 2002; 29: 242–243.
4. Pock L, Jelínková L, Drlik L, Abrahmová S, Vojtěchovská S, Sezamská D, Borodacová I, Hercogová J. Lichen planus pigmentosus-inversus. J Eur Acad Dermatol Venereol 2001; 15: 452–454.
5. Vega ME, Waxtein L, Arenas R, Hojo T, Dominguez-Soto L. Ashy dermatosis versus lichen planus pigmentosus: a controversial matter. Int J Dermatol 1992; 31: 87–88.