

Erythrodermia łuszczycowa po ogólnym zastosowaniu kortykosteroidów – opis przypadku*

Psoriatic erythroderma after systemic corticosteroid therapy: case report

Karolina Kopeć, Anna Jagas, Alina Jankowska-Konsur, Joanna Maj

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Eugeniusz Baran

Przegl Dermatol 2011, 98, 405–409

STRESZCZENIE

SŁOWA KLUCZOWE:

złuszczające zapalenie skóry, erythrodermia, reakcja polekowa, kortykosteroidy ogólne, cyklosporyna A.

KEY WORDS:

exfoliative dermatitis, erythroderma, drug reaction, systemic corticosteroids, cyclosporine A.

Wprowadzenie. Erythrodermia (złuszczające zapalenie skóry) to ostry, uogólniony stan zapalny skóry, który obejmuje przynajmniej 90% jej powierzchni. Cechuje się różnym typem oraz stopniem złuszczenia, świądem i często stanowi poważne zagrożenie życia. Głównymi przyczynami erythrodermii są: łuszczyca, atopowe zapalenie skóry, reakcje polekowe, ziarniniak grzybiasty i łupież czerwony mieszkowy. Erythrodermia łuszczycowa jest klasyfikowana jako tzw. erythrodermia wtórna. Może się ona rozwinąć spontanicznie lub dużo częściej jest wynikiem nieodpowiedniego leczenia, zwłaszcza kortykosteroidami ogólnie.

Cel pracy. Przedstawienie działań niepożądanych po doustnym zastosowaniu kortykosteroidów u pacjentki chorującej na łuszczycę.

Opis przypadku. Kobieta 36-letnia, chorująca na łuszczycę zwykłą od 7 lat została przyjęta do Kliniki Dermatologii w marcu 2011 roku z powodu zmian skórnych o charakterze erythrodermii. Pacjentkę przez miesiąc leczono w trybie ambulatoryjnym ogólnie kortykosteroidami, a 3 tygodnie po ich odstawieniu wystąpił gwałtowny wysiew łuszczycy. Przy przyjęciu obserwowano zlewny stan zapalny skóry całego ciała, z obfitym złuszczeniem oraz świądem. W wykonanych badaniach laboratoryjnych stwierdzono wzrost wartości wykładników stanu zapalnego. Zastosowano łączoną terapię lekami immunosupresyjnymi i preparatami zewnętrznymi, uzyskując regresję zmian skórnych i normalizację wyników badań laboratoryjnych.

Wnioski. Łuszczyca jest jedną z najczęstszych przyczyn erythrodermii u osób dorosłych. Mimo że w naszej szerokości geograficznej choroba ta dotyczy około 2% populacji i wiedza na temat jej leczenia powinna być powszechna, dotąd zdarzają się przypadki zastosowania kortykosteroidów ogólnie u osób z łuszczycą w terapii zarówno choroby podstawowej, jak i chorób towarzyszących.

ABSTRACT

Introduction. Erythroderma (exfoliative dermatitis) is an acute, generalized inflammation of the skin, which affects at least 90% of its surface. It is a life threatening illness in the course of which various types and degrees of scaling and itching are observed. The main causes of erythroderma are psoriasis, atopic dermatitis, drug reactions, mycosis fungoides and pityriasis rubra pilaris. Psoriatic erythroderma is classified

ADRES DO KORESPONDENCJI:

lek. Karolina Kopeć
Katedra i Klinika Dermatologii,
Wenerologii i Alergologii
Akademia Medyczna
ul. Chałubińskiego 1
50-368 Wrocław
e-mail:
karolinakopec@gmail.com

*Praca nagrodzona w konkursie PTD w ramach grantu edukacyjnego firmy Stiefel, spółka GSK.

as a secondary erythroderma. It may develop spontaneously or more often as a result of incorrect treatment.

Objective. To present side effects of oral corticosteroids administration in a patient with psoriasis.

Case report. A 36-year-old woman, suffering from psoriasis for over 7 years, was admitted to the hospital in March 2011 due to exacerbation of skin lesions up to erythroderma after administration of oral corticosteroid therapy. Three weeks after corticosteroids withdrawal, significant worsening of the disease was observed. On admission she presented massive skin inflammation, scaling and itching. Laboratory tests revealed increased markers of inflammation. The patient was treated with combined immunosuppressive therapy and topical ointments. After 3 weeks, significant regression of skin lesions and normalization of laboratory tests were observed.

Conclusions. Psoriasis is a common cause of erythroderma in adults. Although in Europe the disease affects about 2% of the population and knowledge of its treatment should be common, cases of systemic administration of corticosteroids in patients with psoriasis in the treatment of the underlying disease or of the comorbidities are still being reported.

WPROWADZENIE

Erythrodermia (złuszczające zapalenie skóry) to ostry, uogólniony stan zapalny skóry, który obejmuje przynajmniej 90% jej powierzchni [1-3]. Cechuje się ona różnym typem oraz stopniem złuszczenia i często przebiega w sposób piorunujący, stanowiąc poważne zagrożenie życia [3, 4]. Głównymi przyczynami erythrodermii są: łuszczyca, atopowe zapalenie skóry (około 50% przypadków), reakcje polekowe oraz ziarniniak grzybiasty (odpowiednio około 25% i 10%). W przypadku łuszczycy można mówić najczęściej o erythrodermii wtórnej, będącej następstwem znacznego nasilenia i rozprzestrzenienia się już istniejących zmian skórnych. Stan ten z reguły jest wynikiem agresywnego leczenia zewnętrznego, zbyt intensywnej fototerapii lub też skutkiem stosowania kortykosteroidów ogólnie. Należy jednak wspomnieć, że wśród wielu postaci klinicznych łuszczycy wyodrębnia się łuszczycę erythrodermiczną. Powinna być ona wówczas klasyfikowana jako erythrodermia pierwotna, którą można również rozpoznać w przebiegu ziarniniaka grzybiastego i osutki polekowej, ponieważ zmiany rozwijają się w obrębie prawidłowej, zdrowej skóry [2, 5, 6].

Niezależnie od etiologii, wiele aspektów dotyczących początkowego leczenia złuszczającego zapalenia skóry jest zbliżonych. Ustalenie dokładnego rozpoznania odgrywa istotną rolę w prowadzeniu optymalnej terapii. Bardzo cenne są informacje uzyskane z wywiadu dotyczące współistnienia chorób

dermatologicznych, innych schorzeń ogólnoustrojowych, przyjmowanych przez pacjenta leków (również dostępnych bez recepty) i preparatów ziołowych [1, 2, 7-9]. Dane te mogą w znaczący sposób ułatwić ustalenie przyczyny erythrodermii, a także pomóc w wyborze dalszego jej leczenia, gdyż w dużym stopniu zależy ono od chorób współistniejących [10].

Niebezpieczeństwo tego stanu chorobowego wynika z zaburzeń funkcji termoregulacyjnej skóry, znacznej utraty płynów poprzez parowanie lub wysięk, utraty białek towarzyszącej niekontrolowanemu złuszczeniu, dysfunkcji bariery ochronnej skóry oraz nierzadko występujących powikłań sercowo-naczyniowych, nerkowych i wątrobowych [1, 8, 11, 12]. Ogólne objawy obejmują wzrost wartości wykładników stanu zapalnego: przyspieszone OB, zwiększone stężenie białka C-reaktywnego (ang. *C-reactive protein* - CRP), leukocytozę i uogólnioną, raczej odczynową limfadenopatię [1, 13].

Ze względu na liczne powikłania ogólnoustrojowe leczenie erythrodermii jest wielokierunkowe. W początkowym okresie polega ono przede wszystkim na obserwacji i postępowaniu podtrzymującym, rozumianym jako odstawienie wszystkich leków, których przyjmowanie nie jest niezbędne, stosowanie obfitych ilości emolientów, właściwe odżywianie pacjenta i płynoterapia [2, 7, 14]. Z rozważą należy stosować środki farmakologiczne ze względu na możliwość uczulenia na liczne preparaty. Podejrzanie współistnienia złośliwego procesu nowotworowego

wego z kolei nakazuje ostrożne podejście do leczenia immunosupresyjnego, np. cyklosporyną A [15, 16]. W przebiegu erytrodermii należy liczyć się również z bardziej drażniącym działaniem preparatów zewnętrznych, co może być związane z potencjalnie znacznie większym ich wchłanianiem [17]. Wspomagająco, jako profilaktykę zakażeń, stosuje się antybiotyki doustnie, zewnętrzne preparaty kortykosteroidowe, witaminy i leki przeciwhistaminowe z uwagi na ich działanie uspokajające, nasenne i przeciwświądowe. W przypadkach, w których możliwe jest ustalenie przyczyny, należy wyeliminować czynnik wywołujący, a jeżeli erytrodermia wiąże się z chorobą podstawową, np. atopowym zapaleniem skóry lub łuszczycą, leczyć ją w pierwszym etapie łagodnie, a następnie w sposób swoisty [1, 2, 18, 19].

CEL PRACY

Przedstawienie działań niepożądanych po doustnym zastosowaniu kortykosteroidów u pacjentki chorującej na łuszczycę.

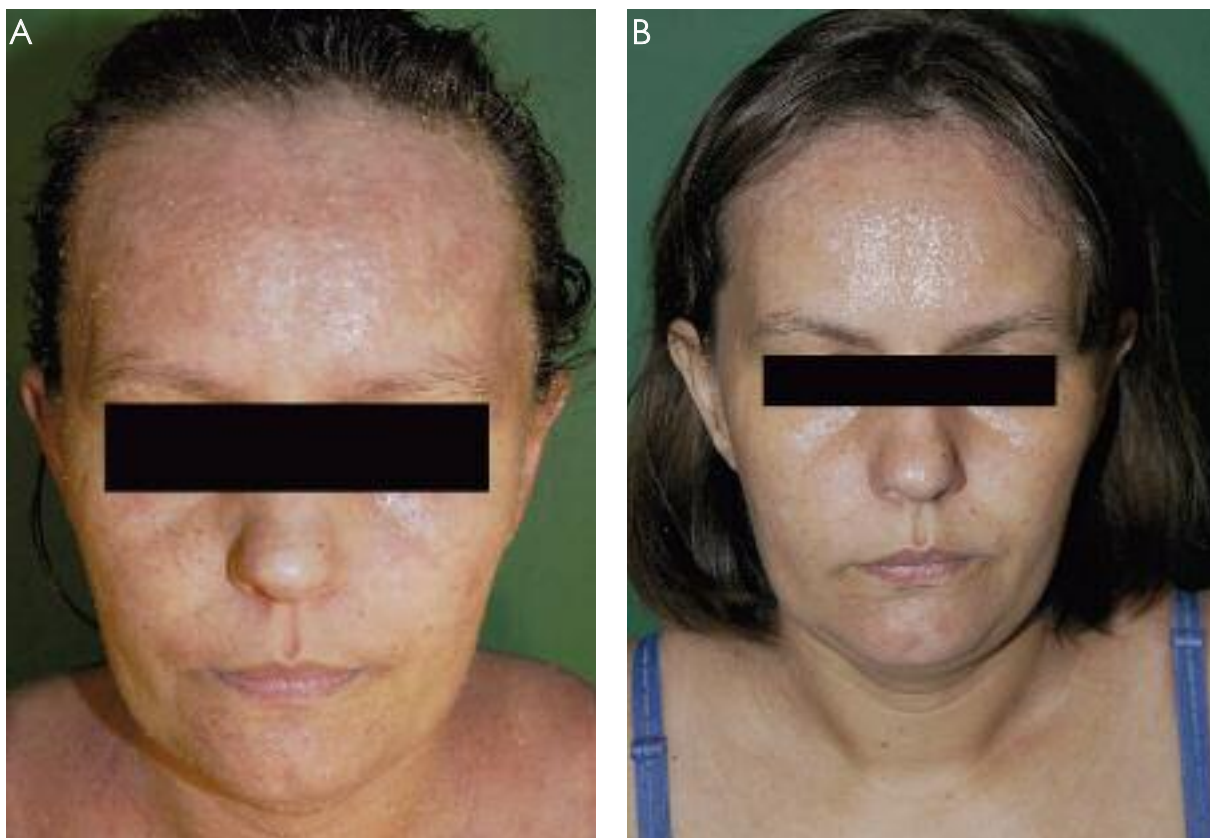
OPIS PRZYPADKU

Pod koniec marca 2011 roku do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii we Wrocławiu zgłosiła się 36-letnia kobieta z rozpoznaniem erytrodermii łuszczycowej. Z wywiadu wiadomo było, że choruje na łuszczycę zwykłą od 7 lat i schorzenie to występuje rodzinnie. Pacjentkę przez miesiąc leczono kortykosteroidami z powodu zmian skórnych na twarzy, odpowiadających prawdopodobnie trądzikowi różowatemu. Po odstawieniu leczenia (przed około 3 tygodniami) nastąpiło znaczne zaostrzenie łuszczycy. Przy przyjęciu obserwowano zlewny stan zapalny skóry całego ciała, któremu towarzyszyło nasilone, łupieżopodobne złuszczenie oraz świąd (ryc. 1. A, 2. A, 3. A). W wykonanych badaniach laboratoryjnych stwierdzono przyspieszone OB, zwiększone stężenie CRP, leukocytozę z limfopenią oraz podwyższone stężenie D-dimerów. W leczeniu zastosowano metotreksat (3 iniekcje domięśniowe w dawkach 20 mg – 10 mg co 7 dni), preparaty kortykosteroidowe miejscowo, a także maści złuszczące i nawilżające. Ze względu na pogorszenie stanu



Rycina 1. Zlewny rumień ze złuszczeniem w obrębie tułowia i kończyn (A) i widoczna poprawa stanu miejscowego po 6 tygodniach leczenia ogólnego (B)

Figure 1. Generalized redness and scaling of the skin before treatment (A) and significant improvement of lesions after 6 weeks of systemic therapy (B)



Rycina 2. Złuszczające zapalenie skóry twarzy przed leczeniem (A) i po leczeniu (B)
Figure 2. Exfoliative dermatitis of the face before (A) and after treatment (B)



Rycina 3. Zlewne, rumieniowo-obrzękowe wykwity z towarzyszącym złuszczeniem w okolicy stóp przed leczeniem (A) i po leczeniu (B)
Figure 3. Confluent oedematous and erythematous rash associated with desquamation on the feet before (A) and after treatment (B)

miejscowego w 12. dniu hospitalizacji zdecydowano o dołączeniu cyklosporyny A w dawce 300 mg/dobę. Terapię skojarzoną utrzymano i uzyskano stopniową poprawę kliniczną oraz normalizację wyników badań laboratoryjnych. Pacjentkę wypisano do domu w 22. dobie leczenia w stanie ogólnym i miejscowym dobrym, z zaleceniami dalszego leczenia

ambulatoryjnego. Zaplanowano jej ponowne zgłoszenie się do Kliniki za 14 dni w celu oceny efektów terapii i oznaczenia stężenia cyklosporyny A. Pacjentka zgłosiła się na wizytę kontrolną w ustalonym terminie. Obserwowano znaczną poprawę stanu skóry po zastosowanym leczeniu (ryc. 1. B, 2. B, 3. B).

OMÓWIENIE

Łuszczyca jest jedną z najczęstszych przyczyn uogólnionego stanu zapalnego skóry, który niestety najczęściej okazuje się wynikiem nieodpowiedniego leczenia. Mimo powszechnej wiedzy o konieczności unikania ogólnie podawanych kortykosteroidów w tej chorobie i ich działaniach niepożądanych znacznie przewyższających korzyści terapeutyczne oraz możliwości spowodowania zaostrzenia zagrażającego życiu pacjenta, zdarzają się niestety przypadki ich lekkomyślnego stosowania zarówno w terapii choroby podstawowej, jak i schorzeń towarzyszących.

U przedstawionej pacjentki, zanim trafiła na dyżur dermatologiczny z rozpoznaniem erythrodermii, wystąpiły zmiany skórne na twarzy, które w warunkach ambulatoryjnych leczono ogólnie kortykosteroidami. Nie wiadomo, czy były to wykwity łuszczykowe, czy – jak sugeruje wywiad – trądzik różowaty. Nie zmienia to jednak faktu, że w każdej z tych chorób wdrożenie tego typu terapii jest szkodliwe i w konsekwencji może zagrozić życiu pacjenta.

Piśmiennictwo

1. **Lebwohl M.G., Heymann W.R., Berth-Jones J., Coulson I.:** Leczenie chorób skóry. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner. Wrocław, 2009, 58-59.
2. **Mrowietz U.:** Choroby grudkowo-złuszczające. [w:] Braun-Falco. Dermatologia. W.H.C. Burgdorf, G. Plewig, H.H. Wolff, M. Langthaler (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2010, 521-524.
3. **Yuan X.Y., Guo J.Y., Dang Y.P., Qiao L., Liu W.:** Erythroderma: a clinical-etiological study of 82 cases. *Eur J Dermatol* 2010, 20, 373-377.
4. **Khaled A., Sellami A., Fazaa B., Kharfi M., Zeglaoui F., Kamoun M.R.:** Acquired erythroderma in adults: a clinical and prognostic study. *JEADV* 2010, 24, 781-788.
5. **Bronikowska-Kolasa A., Wojnowska D., Borzęcki A., Wdowiak L., Chodorowska G., Urban J. i inni:** Łuszczyca błony śluzowej jamy ustnej i narządów płciowych. *Nowa Medycyna* 2006, 1, 6-11.
6. **Balato N., Di Costanzo L., Balato A.:** Differential diagnosis of psoriasis. *J Rheumatol* 2009, 83 Suppl., 24-25.
7. **Rubins A.Y., Hartman I.V., Lielbriedis Y.M., Schwartz R.A.:** Therapeutic options for erythroderma. *Cutis* 1992, 49, 424-426.
8. **Rapini R.P.:** Dermatologic emergencies. *Am Fam Physician* 1986, 34, 159-168.
9. **Lee H.Y., Tay L.K., Thirumoorthy T., Pang S.M.:** Cutaneous adverse drug reactions in hospitalised patients. *Singapore Med J* 2010, 51, 767-774.
10. **Rosenbach M., Hsu S., Korman N.J., Lebwohl M.G., Young M., Bebo B.F. Jr i inni:** National Psoriasis Foundation Medical Board. Treatment of erythrodermic psoriasis: from the medical board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol* 2010, 62, 655-662.
11. **Roth P.E., Grosshans E., Bergoend H.:** Psoriasis: development and fatal complications. *Ann Dermatol Venereol* 1991, 118, 97-105.
12. **Piérard-Franchimont C., Devillers C., Paquet P., Quatre-sooz P., Nikkels A.F., Piérard G.E.:** First-line dermatologic emergencies. *Rev Med Liege* 2008, 63, 710-714.
13. **Korcowska I., Łacki J.K., Olek-Hrab K., Żaba R.:** Białka ostrej fazy u chorych na łuszczycę. *Postep Derm Alergol* 2004, 21, 47-51.
14. **Antonov D., Grozdev I., Pehlivanov G., Tsankov N.:** Psoriatic erythroderma associated with enalapril. *Skinmed* 2006, 5, 90-92.
15. **Jaffer A.N., Brodell R.T.:** Exfoliative dermatitis. Erythroderma can be a sign of a significant underlying disorder. *Postgrad Med* 2005, 117, 49-51.
16. **Momm F., Pflieger D., Lutterbach J.:** Paraneoplastic erythroderma in a prostate cancer patient. *Strahlenther Onkol* 2002, 178, 393-395.
17. **Aalto-Korte K., Turpeinen M.:** Quantifying systemic absorption of topical hydrocortisone in erythroderma. *Br J Dermatol* 1995, 133, 403-408.
18. **Bruno T.F., Grewal P.:** Erythroderma: a dermatologic emergency. *CJEM* 2009, 11, 244-246.
19. **Lancrajan C., Bumbacea R., Giurcaneanu C.:** Erythrodermic atopic dermatitis with late onset: case presentation. *J Med Life* 2010, 3, 80-83.

Otrzymano: 10 VIII 2011 r.

Zaakceptowano: 26 VIII 2011 r.