

# Łuszczyca brudźcowa z nasilonymi zmianami paznokciowymi u pacjenta zakażonego HIV

## Psoriasis rupioides with marked nail abnormalities in a HIV-positive patient

Iwona Chlebicka, Adam Reich, Jacek Szepietowski

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Przeł Dermatol 2016, 103, 60–63  
DOI: 10.5114/dr.2016.57746

### SŁOWA KLUCZOWE:

łuszczyca brudźcowa, łuszczyca paznokci, zakażenie HIV.

### KEY WORDS:

psoriasis rupioides, nail psoriasis, HIV infection.

### STRESZCZENIE

**Wprowadzenie.** Łuszczyca brudźcowa jest rzadką odmianą łuszczycy zwykłej. Mimo że jest uwzględniana w większości podręcznikowych podziałów łuszczycy, nie ma ona swojego miejsca w klasyfikacji ICD-10, a w piśmiennictwie można znaleźć jedynie bardzo nieliczne opisy przypadków tej szczególnej postaci łuszczycy.

**Cel pracy.** Przedstawienie przypadku tej rzadkiej postaci choroby.

**Opis przypadku.** Zaprezentowano przypadek młodego mężczyzny, u którego na podstawie obrazu klinicznego ustalono rozpoznanie łuszczycy brudźcowej. Dodatkowo u pacjenta stwierdzono bardzo zaawansowane zmiany paznokciowe. Ze względu na wywiad oraz odchylenia parametrów morfologicznych przeprowadzono diagnostykę wirusologiczną, która potwierdziła obecność infekcji HIV.

**Wnioski.** Przedstawiony przypadek wskazuje na konieczność diagnostyki w kierunku infekcji HIV u pacjentów z mniej typowymi lub nietypowymi postaciami łuszczycy.

### ABSTRACT

**Introduction.** Psoriasis rupioides is a rare type of psoriasis. Although a description of it is easy to find in most textbooks of psoriasis, it does not have a place in the ICD-10 classification, and there have been very few case reports published in the literature on this characteristic psoriasis subtype.

**Objective.** To present a case of this rare type of psoriasis.

**Case report.** We present the case of a young man with psoriasis rupioides, which was diagnosed on the basis of anamnesis and clinical features. The patient also demonstrated marked nail abnormalities. Because of the patient's history and abnormalities of blood smear, virological tests were performed, which confirmed the suspected presence of HIV infection.

**Conclusions.** Presented case indicates the necessity of diagnostic procedures for HIV infection in patient with less or atypical types of psoriasis.

### ADRES DO KORESPONDENCJI:

dr n. med. Iwona Chlebicka  
Katedra i Klinika Dermatologii,  
Wenerologii i Alergologii  
Uniwersytet Medyczny  
we Wrocławiu  
ul. Chałubińskiego 1  
50-368 Wrocław  
tel.: +48 71 784 22 92  
e-mail: iwona4wsk@interia.pl

## WPROWADZENIE

Łuszczyca brudźcowa jest jedną z rzadszych postaci tej bardzo częstej przewlekłej dermatozy zapalnej. Jedną z jej pierwszych definicji pochodzi z podręcznika polskiego dermatologa Mariana Grzybowskiego z 1948 roku [1]. Łuszczyca brudźcowa, ze względu na obecność hiperkeratocytoczących strupów i łusek na podłożu zapalnym, jest definiowana jako zadawniona postać łuszczycy wysiękowej. Zmiany skórne w przebiegu tej postaci łuszczycy lokalizują się najczęściej w obrębie pachwin, pach, w okolicach szpary pośladkowej, w zgięciach kolanowych, łokciowych, jak również na stopach i dłoniach. Pojedyncza zmiana skórna ma obraz kliniczny przypominający brudziec kiłowy (*rupia syphilitica*) – stąd nazwa (ryc. 1). Paznokcie są często objęte procesem chorobowym, natomiast w przypadkach bardziej nasilonych zmianom skórnyom mogą towarzyszyć dolegliwości stawowe [1–4]. Ze względu na charakterystyczny obraz kliniczny diagnostyka tej postaci łuszczycy nie sprawia trudności, natomiast dużym problemem jest jej leczenie. W przypadku decyzji o leczeniu miejscowym podstawą są preparaty złuszczające, tj. maści z siarką i kwasem salicylowym lub mocznikiem, aplikowane przed zastosowaniem leczenia redukującego i przeciwzapalnego [2, 5, 6]. Ze względu jednak na częste występowanie zmian w okolicach wyprzeniowych stosowanie leczenia miejscowego może być bardzo utrudnione z uwagi na łatwe drażnienie tych okolic. Niezalecane są np. pochodne cygnoliny i dziegcie. Rekomenduje się natomiast inhibitory kalcyneuryny oraz glikokortykosteroidy miejscowe o małej i średniej mocy [7]. Alternatywnie, lecz także ostrożnie, można zastosować pochodne witaminy A oraz D, jednak w wielu przypadkach korzystniejsze jest leczenie ogólne.



Rycina 1. Pojedyncza zmiana skórna w przebiegu łuszczycy brudźcowej, tzw. *rupia psoriatica*

Figure 1. Single lesion – *rupia psoriatica*

## CEL PRACY

Przedstawienie przypadku rzadko występującej odmiany łuszczycy brudźcowej z nasiloną destrukcją paznokci oraz podkreślenie, że ciężkie lub nasilone odmiany łuszczycy mogą wskazywać na obecność infekcji ludzkim wirusem niedoboru odporności (ang. *human immunodeficiency virus* – HIV).

## OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna 32-letni został przyjęty do Kliniki Dermatologii po raz pierwszy w celu leczenia nasilonych zmian skórnych i paznokciowych, które utrzymywały się od kilkunastu miesięcy. Pacjent od kilku lat był osobą bezdomną oraz uzależnioną od alkoholu. W przeszłości u chorego występowały łagodne wysiewy łuszczycy. W momencie przyjęcia na oddział chory podawał ponad miesięczną abstynencję alkoholową, nie zaprzeczał licznym ryzykownym zachowaniom seksualnym oraz zgłaszał nieznaczną utratę masy ciała w ostatnich miesiącach. Podczas badania dermatologicznego stwierdzono przerosłe i nawarstwione strupy na kolanach, łokciach (ryc. 2), w okolicy szpary pośladkowej, pod pachami (ryc. 3) oraz w pachwinach. U chorego obserwowano również nasilone zmiany w obrębie wszystkich płytek paznokciowych stóp i rąk. W obrębie stóp była widoczna bardzo zaawansowana onychodystrofia (ryc. 4), natomiast w obrębie paznokci rąk przewa-



Rycina 2. Blaszkę łuszczycowe pokryte nawarstwionymi strupami na łokciu

Figure 2. Plaques covered with adherent crusts on the elbow



**Rycina 3.** Zmiany w przebiegu łuszczycy brudźcowej w dole pachowym

**Figure 3.** Skin lesions of psoriasis rupioides in the axilla



**Rycina 4.** Nasilona onychodystrofia u pacjenta z łuszczycą brudźcową

**Figure 4.** Severe onychodystrophy in the patient with psoriasis rupioides

żało słabiej zaznaczone rogowacenie pod paznokciowe. Pacjent nie zgłaszał dolegliwości stawowych. W badaniu fizykalnym nie stwierdzono odchyżeń od normy. W badaniach laboratoryjnych była obecna niewielka leukopenia (WBC  $3,36 \times 10^3$ /UI, norma: 4–10), anemia (Hgb 10,3 g/dl, norma: 14–18, RBC  $3,48 \times 10^6$ /UI, norma: 4,5–5,9), małopłytkowość ( $118 \times 10^3$ /UI, norma: 130–400) oraz przyspieszone OB (69 mm/godz., norma: 3–8). Wyniki parametrów biochemicznych, poza nieznacznie podwyższoną aktywnością  $\gamma$ -glutamylotransferazy (GGTP) w surowicy (69 U/l, norma: 11–43), były w normie. Wynik badania mykologicznego pobranego z paznokci stóp był ujemny. Dwukrotnie wykonane badanie na obecność antygeny HIV i przeciwciał anti-HIV potwierdziło obecność zakażenia. W leczeniu zmian skórnych zastosowano amoksylicynę doustnie ( $2 \times 1$  g/dobę) i miejscowo preparaty złuszczone oraz glikokortykosteroidy. Pacjenta przekazano do Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych w celu poszerzenia diagnostyki zakażenia HIV oraz kwalifikacji do leczenia antyretrowirusowego.

## OMÓWIENIE

Chociaż łuszczycy brudźcowa została opisana i zdefiniowana już ponad 60 lat temu, a w większości podręczników dermatologicznych wymieniana jest jako jedna z postaci łuszczycy, w praktyce dermatologicznej spotykamy się niezwykle rzadko z tą odmianą *psoriasis*. Niewiele jest również prac dotyczących łuszczycy brudźcowej w piśmiennictwie. Według klasyfikacji ICD-10 najczęściej jest ona kwalifikowana do grupy L 40.8 (inna łuszczycy). W wyszukiwarce PubMed można znaleźć jedynie 3 opisy przypadków tej rzadkiej jednostki chorobowej, z których 2 [3, 4] pochodzą z ubiegłego stulecia i nie są dostępne w angielskiej wersji językowej.

W 2011 roku polscy dermatolodzy opisali przypadek 35-letniego pacjenta z łuszczycą brudźcową, lecz bez współistniejącej infekcji HIV i z mniejszą dystrofią paznokci [2]. Początkowo w leczeniu stosowano maść siarkowo-salicylową, a następnie naprzemiennie maść z 10-procentowym mocznikiem oraz cynolinę, a także w terapii ogólnej *soak PUVA*, dzięki czemu uzyskano poprawę stanu klinicznego. Przedstawiony pacjent jest, według naszej wiedzy, pierwszym opisanym przypadkiem łuszczycy brudźcowej współistniejącej z infekcją HIV. Według konsensusu dotyczącego leczenia łuszczycy pacjent ze względu na lokalizację zmian skórnych oraz zajęcie procesem chorobowym wszystkich paznokci powinien zostać zakwalifikowany do leczenia ogólnego (metotreksatem, cyklosporyną, lekami biologicznymi) [7], jednak z powodu współistniejącej infekcji HIV istnieją u niego przeciwwskazania do terapii immunosupresyjnej. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że po włączeniu terapii antyretrowirusowej u pacjenta nastąpi poprawa lub remisja zmian skórnych. W piśmiennictwie można znaleźć liczne prace wskazujące, że w przebiegu infekcji HIV dochodzi do pogorszenia istniejącej u pacjenta łuszczycy lub współistniejąca infekcja prowadzi do pierwszego wysiewu zmian łuszczycowych [8, 9]. Z kolei leczenie antyretrowirusowe często korzystnie wpływa na zmiany skórne i paznokciowe, a przerwanie terapii może prowadzić do nawrotu łuszczycy [10, 11]. Ze względu na powyższe fakty w naszym przypadku zdecydowano jedynie o terapii miejscowej i ocenie zmian łuszczycowych po włączeniu leczenia antyretrowirusowego. W przypadku braku poprawy po takim leczeniu niektórzy autorzy wskazują na możliwość terapii acyetryną, gdyż jest to lek przeciwłuszczycowy, który nie ma działania immunosupresyjnego [12].

## Konflikt interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

## Piśmiennictwo

1. **Grzybowski M.:** Diseases of the skin: handbook for practitioners and students. Vol 2. Insitute od Medical Science Publishing, Warsaw, Poland 1948.
2. **Salamon M., Omulecki A., Sysa-Jędrzejowska A., McCauliffe D.P., Woźniacka A.:** Psoriasis rupioides: a rare variant of a common disease. *Cutis* 2011, 88, 135-137.
3. **Golousenko I., Fadeeva V., Omran A.:** Case of psoriasis rupioides with arthropathy. *Vestn Dermatol Venerol* 1984, 3, 74-75.
4. **Cvejic S., Milakov J.:** Psoriasis rupioides et verrucosa. *Med Przegł* 1967, 20, 167-169.
5. **Kudejko J.:** Psoriasis pseudocornea. *Przegł Dermatol* 1965, 52, 271-274.
6. **Estrada B., Azvedo P., Tamler C., Carlos J., Avelaira R.:** Comparative dermatology: hyperkeratotic psoriasis. *An Bras Dermatol* 2007, 82, 369-371.
7. **Szepietowski J., Adamski Z., Chodorowska G., Gliński W., Kaszuba A., Placek W. i inni:** Leczenie łuszczycy zwyczajnej – rekomendacje ekspertów Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. *Przegł Dermatol* 2012, 99, 83-96.
8. **Morar N., Willis-Owen S.A., Maurer T., Bunker C.B.:** HIV-associated psoriasis: pathogenesis, clinical, features, and management. *Lancet Infect Dis* 2010, 10, 470-478.
9. **Maurer T.A.:** Dermatologic manifestations of HIV infection. *Top HIV Med* 2005, 13, 149-154.
10. **Fischer T., Schworer H., Vente C., Reich K., Ramadori G.:** Clinical improvement of HIV-associated psoriasis parallels a reduction of HIV viral load induced by effective antiretroviral therapy. *AIDS* 1999, 13, 628-629.
11. **Vano-Galvan S., Jaen P.:** Severe psoriasis due to cessation of antiretroviral therapy in a patient with human immunodeficiency virus. *IMAJ* 2008, 10, 557-558.
12. **Maitseo K.N., Madan V., Tanko M.N., Vento S.I.:** Psoriasis in an HIV-infected woman on antiretroviral therapy. *Isr Med Assoc J* 2014, 16, 262-263.

Otrzymano: 10 VII 2014 r.

Zaakceptowano: 15 I 2016 r.