

Niezwykły przypadek współistnienia łuszczycy z liszajem płaskim*

An unusual case of coexistence of psoriasis and lichen planus

Katarzyna Kondras¹, Anasztazy Omulecki²

¹Poradnia Dermatologiczna Miejskiej Przychodni „Lecznica” w Łodzi

Kierownik: lek. med. Danuta Rakowska

²Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Kierownik: prof. dr hab. med. Anna Sysa-Jędrzejowska

Przegl Dermatol 2012, 99, 611–614

SŁOWA KLUCZOWE:

łuszczycyca, liszaj płaski, współistnienie.

KEY WORDS:

psoriasis, lichen planus, coexistence.

ADRES DO KORESPONDENCJI:

dr n. med. Katarzyna Kondras
Miejska Przychodnia
„Lecznica”
ul. Lecznicza 6, 93-173 Łódź
e-mail: kayahkon@wp.pl

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Łuszczycyca i liszaj płaski to powszechne choroby skóry, jednak ich współwystępowanie jest niezwykle rzadko opisywane. Mimo kilku wspólnych cech różnią się one istotnie pod względem obrazu klinicznego, histopatologicznego, czynników wyzwalających oraz zjawisk immunologicznych.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku wykazującego kliniczne i histopatologiczne cechy łuszczycy i liszaja płaskiego.

Opis przypadku. Przedstawiono rzadki przypadek współwystępowania liszaja płaskiego i łuszczycy u 66-letniego chorego, leczonego od 15 lat z rozpoznaniem zmian liszajopodobnych i wypryskowatych, u którego obok wykwitów wyglądających jak liszajopodobne i wypryskowe pojawiały się zmiany łuszczycowe. W obecnie pobranym do badania histopatologicznego wycinku skóry stwierdzono jednoczesną obecność zmian odpowiadających liszajowi płaskiemu i łuszczycy.

Wnioski. Przedstawiony przypadek wskazuje na konieczność wnikliwego badania klinicznego i histopatologicznego oraz uwzględnienia w ocenie dermatoz o niezwykłym przebiegu możliwości współistnienia liszaja płaskiego i łuszczycy.

ABSTRACT

Introduction. Psoriasis and lichen planus are common skin diseases, but their coexistence is rare. In spite of some similarities there are many distinct characteristics such as clinical and histopathological features, triggering factors and immunological processes.

Objective. To present a case with clinical and histopathological features of psoriasis and lichen planus.

Case report. We present a rare case of psoriasis and lichen planus coexistence in a 66-year old man. He had a 15-year history of lichen planus-like and eczematous lesions, then psoriasis-like lesions were also observed. The currently taken skin biopsy revealed histopathological features of both diseases: psoriasis and lichen planus.

Conclusions. Our case indicates that detailed clinical and histopathological examination, especially in cases with unusual course of skin disease, resembling psoriasis and/or lichen planus, is necessary.

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

WPROWADZENIE

Łuszczyca i liszaj płaski (LP) są powszechnymi chorobami skóry, różnią się jednak wyraźnie pod względem objawów klinicznych, histopatologicznych, lokalizacji zmian, czynników wyzwalających, zjawisk immunologicznych i związku z głównym kompleksem zgodności tkankowej [1–3]. Łuszczyca i LP mają kilka wspólnych cech – w obu ważną rolę odgrywają mechanizmy immunologiczne, poza tym występuje objaw Koebnera i zaburzone różnicowanie keratynocytów [2, 4]. Dane te mogą tłumaczyć niezwykle rzadkie współwystępowanie LP i łuszczycy.

CEL PRACY

Autorzy przedstawiają rzadki przypadek wykazujący kliniczne i histopatologiczne cechy łuszczycy i LP. Jednocześnie zwracają uwagę na konieczność wnikliwego badania klinicznego i histopatologicznego oraz uwzględniania w ocenie dermatoz o niezwykłym przebiegu możliwości współistnienia obu schorzeń.

OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna, lat 66, zgłosił się do Poradni Dermatologicznej z powodu trwających od 15 lat zmian skórnych. Pierwsze wykwity pojawiły się w okolicy łonowej. Po kilku latach wystąpiły zmiany grudkowe na klatce piersiowej oraz złuszczenie w obrębie małżowin usznych. Okresowo występowały również swędzące zmiany skórne na kończynach górnych i dolnych o symetrycznym układzie. Choroba

miała charakter przewlekły i nie obserwowano całkowitych remisji.

W wywiadzie pacjent podawał, że przez ostatnie 20 lat pracował jako główny mechanik w zakładzie produkującym piankę poliuretanową i miał kontakt z substancjami chemicznymi (izocyjaniany, polioli). Od pół roku mężczyzna był leczony z powodu nadciśnienia tętniczego. Obecnie przyjmuje indapamid, ramipril oraz doksazosynę. Wywiad rodzinny w kierunku chorób skóry był negatywny.

Obecnie zmiany skórne mają charakter grudek i tarczek ze złuszczeniem, lokalizujących się symetrycznie na skórze przedramion i goleni oraz w okolicy stawów łokciowych i kolanowych, a także w okolicy łędźwiowej (ryc. 1., 2.). Na skórze przedramion i podudzi widoczne są również pojedyncze grudki o nieznamiennej morfologii barwy siniofioletowej i czerwonej (ryc. 2.). Zmiany rumieniowe zajmują szparę międzypośladową, a pojedyncze grudki z powierzchownym złuszczeniem obecne są także na skórze owłosionej głowy. W obrębie jamy ustnej, na błonach śluzowych policzków widoczne są białawe skupienia grudek (ryc. 3.).

Płytki paznokciowe stóp są nieco pogrubiałe, podłużnie pobrudzone, z widocznym rogowaceniem podpłytkowym. Wynik badania mikologicznego płytek paznokciowych stóp był ujemny.

W badaniu histopatologicznym wykonanym ze zmian skórnych na przedramieniu prawym ujawniono pogrubiałą naskórkę z nawarstwieniami rogowymi, w których widoczne były skupienia neutrofilów, a także podnaskórkowe, pasmowate nacieki limfoidalne i odcinkowe uszkodzenie warstwy podstawnej naskórka. Opisane zmiany sugerują możliwość współistnienia LP i łuszczycy (ryc. 4., 5.).



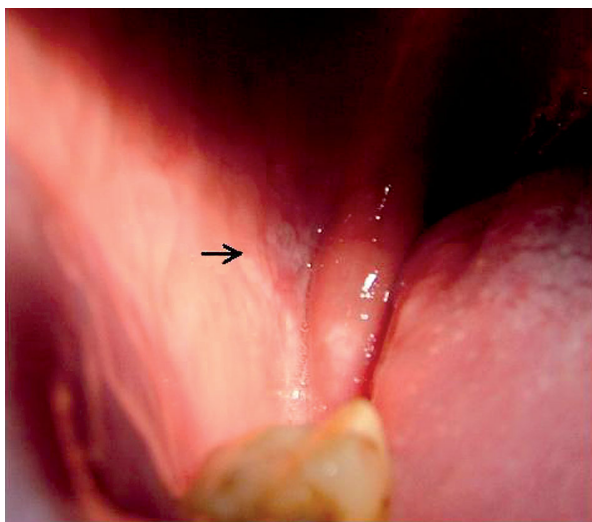
Rycina 1. Ognisko rumieniowe, łuszczące się na skórze w okolicy stawu łokciowego

Figure 1. Erythematous, scaling plaque on the elbow



Rycina 2. Pojedyncze grudki i drobne tarczki z niewielką ilością łuski oraz pojedyncze grudki barwy siniofioletowej i czerwonej bez złuszczenia naskórka na skórze prawej goleni (strzałki)

Figure 2. Some scaling papules and small plaques on the right shin, reddish and purple papules without scales are also seen (arrows)



Rycina 3. Błona śluzowa policzków – białawe skupienie grudek (strzałka)

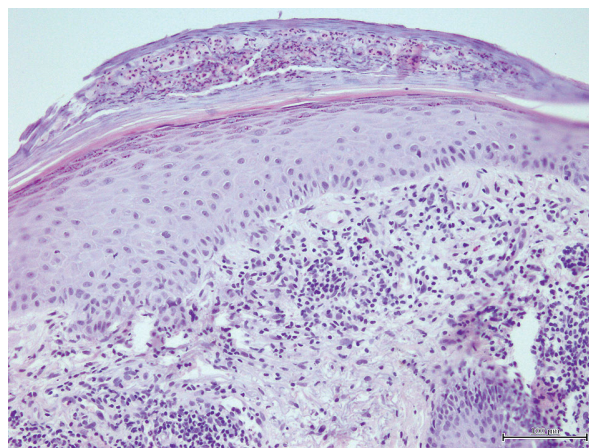
Figure 3. Oral mucosa – white papules (arrow)

W wykonanych badaniach laboratoryjnych stwierdzono zwiększone stężenie kwasu moczowego 7,90 mg/dl, aminotransferazy alaninowej 60 U/l, cholesterolu 246 mg/dl oraz triglicerydów 239 mg/dl. Wykonane badanie PSA było w normie.

Pacjenta okresowo leczono deksametazonem, miejscowymi glikokortykosteroidami (propionian flutikazonu) i lekami przeciwiświądowymi. Otrzymywał też dobesyln wapnia, preparaty magnezu z witaminą B₆, loratadynę i lewocetyryzynę. Uzyskiwano okresową poprawę.

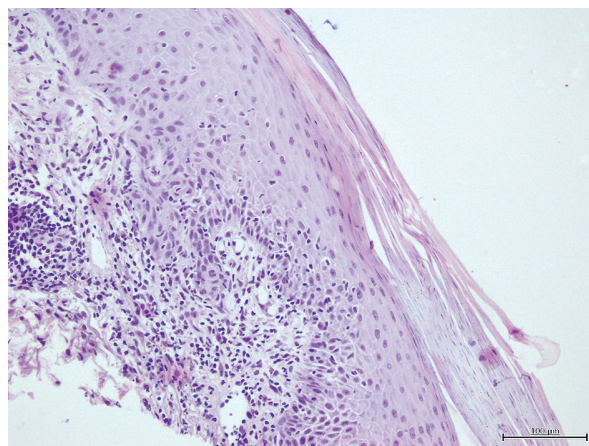
OMÓWIENIE

Współwystępowanie LP i łuszczycy jest rzadko spotykane. W dużym wielośrodkowym badaniu wśród 711 chorych na LP współistniejącą łuszczycę wykryto w 12 przypadkach [5], natomiast inni autorzy w grupie 1743 pacjentów z łuszczycą zidentyfikowali 5 przypadków LP [6]. Niedodiagnozowanie chorych może być odpowiedzialne za ten stan rzeczy, ale bierze się też pod uwagę możliwość wpływu wybiórczej predyspozycji genetycznej do rozwoju albo łuszczycy, albo LP, wykluczającej ich współwystępowanie [4]. W opisach opublikowanych przypadków współistnienia LP i łuszczycy zwraca uwagę różna kolejność pojawiania się objawów jednej lub drugiej choroby. Ohshima i wsp. [7] opisali chorego, u którego od 6 miesięcy utrzymywały się liniżne zmiany liszaja na kończynie górnej, a po upływie 4 miesięcy pojawiły się rozsiane wykwity łuszczycowe. Rozpoznanie potwierdzono w badaniach histopatologicznych. W wyniku miejscowego stosowania preparatu glikokortykosteroidowego ustąpiły zmiany odpowiadające LP, natomiast łuszczycę się utrzy-



Rycina 4. Obraz histopatologiczny wycinka skóry przedramienia prawego: pogrubiała warstwa rogowa ze skupieniami szczątków granulocytów, pogrubienie warstwy ziarnistej, odcinkowe uszkodzenie warstwy podstawnej naskórka i podnaskórkowe nacieki limfoidalne

Figure 4. Histopathology (right forearm). Thickened epidermis with hyperkeratosis and foci of neutrophils, hypergranulosis, degeneration of basal cell layer, lymphocytic infiltrate below the epidermis



Rycina 5. Obraz histopatologiczny wycinka skóry przedramienia prawego: podnaskórkowe, pasmowate nacieki limfoidalne i odcinkowe uszkodzenie warstwy podstawnej naskórka

Figure 5. Histopathology (right forearm). Dense lymphocytic infiltrate under the epidermis, degeneration of basal cell layer

mywała. Odwrotny był rozwój choroby w przypadkach, które opisali Delaney i Smith [8] oraz Shiohara i wsp. [4]. Objawy LP pojawiły się u pacjentów z łuszczycą trwającą, odpowiednio, 5 i 10 lat. Poczyniono przy tym interesujące spostrzeżenie dotyczące przygasania objawów łuszczycy z chwilą rozwoju zmian typu LP i zaostrzania po ich ustąpieniu [4]. Podobne zjawisko obserwowali inni autorzy [9, 10].

W przedstawionym przypadku od początku choroby rozpoznawano zmiany wypryskowe i liszajopodobne. Nie wiadomo, kiedy dołączyły się zmiany łuszczycowe. Lekarz prowadzący chorego przed rokiem opisywał „obecność rozsianych zmian wypryskowych na całym ciele z lichenizacją, okresowo choroba ma więcej cech liszaja płaskiego niż

wyprysku, pojedyncze ogniska przypominają też czasami łuszczycę". Stwierdzone przez autorów grudkowe zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej chorego stanowią dodatkowy dowód na współistnienie LP. Inni autorzy również stwierdzali u chorych zmiany w jamie ustnej odpowiadające LP [3, 8]. W wycinku z łuszczącej się grudki otrzymano niezwykły obraz nakładania się cech histopatologicznych łuszczycy i LP. Dotychczas nie opisano podobnego zjawiska. Ponadto w preparatach stwierdzano, w zależności od badanego wykwitu, zmiany typowe dla łuszczycy albo LP [4, 7, 8].

W leczeniu LP współistniejącego z łuszczycą stosowano głównie miejscowo glikokortykosteroidy [4, 7], uzyskiwano jednak tylko ustępowanie zmian typu LP. W przypadku, który opisali Delaney i Smith [8], istotna poprawa zmian zarówno łuszczycowych, jak i LP następowała po PUVA-terapii. Przedstawiony chory był leczony miejscowo glikokortykosteroidami, po których stwierdzano okresową poprawę, przede wszystkim zmian typu LP.

Wiele zagadek kryje w sobie zjawisko współwystępowania LP z łuszczycą. Niewielka liczba rozpoznanych dotychczas przypadków nie pozwala na podjęcie szerszych badań. Można mieć nadzieję, że bardziej wnikliwe spojrzenie na przypadki nietypowo przebiegającej łuszczycy przyniesie większą liczbę rozpoznań tego intrygującego współistnienia.

Otrzymano: 10 VIII 2011 r.

Zaakceptowano: 18 VI 2012 r.

Szczególne podziękowania panu dr. Jarosławowi Szwałskiemu za pomoc w wykonaniu fotografii obrazów histopatologicznych.

Piśmiennictwo

1. **Armstrong R.D., Panayi G.S., Welsh K.I.:** Histocompatibility antigens in psoriasis, psoriatic arthropathy, and ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 1983, 42, 142-146.
2. **Dahl M.V.:** Immunology and papulosquamous diseases. [w:] *Dermatologic immunology and allergy*. J. Stone (red.). Mosby, St. Louis, 1985, 619-627.
3. **Mc Gimpsey J.G., O'Brien F.V.:** Oral lichen planus associated with psoriasis of the skin. *Br Dent J* 1974, 136, 53-57.
4. **Shiohara T., Hayakawa J., Nagashima M.:** Psoriasis and lichen planus: coexistence in a single patient. Are both diseases mutually exclusive? *Dermatologica* 1989, 179, 178-182.
5. **Naldi L., Sena P., Cainelli T.:** About the association of lichen planus and psoriasis. *Dermatologica* 1990, 181, 79-80.
6. **Poljacki M., Begenesic M., Duran V., Matovic L., Matic M., Jovanovic S. i inni:** Psoriasis and autoimmune skin disorders. *Med Pregl* 2002, 55, 325-328.
7. **Ohshima N., Shirai A., Asahina A.:** Coexistence of linear lichen planus and psoriasis in a single patient. *J Dermatol* 2011, 38, 1-3.
8. **Delaney T., Smith P.:** Lichen planus mimicking and coexisting with psoriasis in a black patient. *Australas J Dermatol* 1993, 34, 59-62.
9. **Lashinsky A.M.:** Lichen planus occurring in psoriasis. *Arch Dermatol* 1961, 84, 508-509.
10. **Rostenberg A. Jr.:** Psoriasis and lichen planus. *Arch Dermatol Syphilol* 1922, 78, 515.