

Można by ich nazwać pacjentami po przejściach. Leczą się od miesięcy, czasem lat. Wędrują od specjalisty do specjalisty. Gdzieś na początku tej drogi postawiono im diagnozę, potem ją zweryfikowano, wreszcie wrócono do pierwotnej. Bywa różnie. A samopoczucie pacjenta przez ten czas przypomina sinusoidę: lepiej, gorzej. Wreszcie jest tylko gorzej. I wtedy pacjent trafia na autorytet w swojej dziedzinie, który stawia nową diagnozę. Namówiliśmy takich specjalistów, by opowiedzieli, w jaki sposób doszli do prawidłowego rozpoznania. Powstały historie nie tylko medyczne, lecz również pełne emocji, jak zwykle, gdy cierpienie miesza się z nadzieją.

Gdy za najczęstszymi objawami kryje się nie tak częsta choroba

Portret pacjenta, który się do mnie zgłosił

35-letni pacjent zgłosił się do mnie z powodu zmian zlokalizowanych w okolicach podeszwowych i grzbietowych stóp, gdzie były widoczne liczne powrózkowate, kręte, wyniosłe zaczerwienienia o długości do kilkunastu centymetrów oraz nadżerki i przeczasy wywołane mechanicznym uszkodzeniem naskórka. Zmianom zapalnym towarzyszył silny świąd szczególnie w nocy. Objawy występowały od pięciu tygodni po powrocie z tropiku. Z wywiadu – pacjent choruje na atopowe zapalenie skóry.

odpowiedzi klinicznej na zastosowaną terapię lekarz uznał, że najprawdopodobniej ma do czynienia z wypryskiem kontaktowym. Zalecił dodatkowo stosowanie miejscowych glikokortykosteroidów.

Poprawy jednak nie było. Pacjent postanowił się leczyć prywatnie. Zgłosił się do dermatologa, który potwierdził rozpoznanie i zalecił okresowe stosowanie silniejszych miejscowych glikokortykosteroidów.

Zmiany na stopach się nasiliły i były uciążliwe z powodu bezsennych nocy spowodowanych silnym świądem. Mężczyzna zgłosił się ponownie do dermatologa, który zalecił codzienne stosowanie miejscowych glikokortykosteroidów.

Po kilku dniach pacjent ponownie udał się do innego dermatologa, który zlecił wykonanie testów płatkowych (m.in. na związki chromu, kobaltu, niklu, kosmetyki, podłoża maściowe, substancje zapachowe, formaldehyd i barwniki). Wynik testów płatkowych był ujemny. W tej sytuacji dermatolog zwiększył jedynie dawkę hydroksyzyny do 100 mg/dobę.

W związku z dalszym nasileniem objawów pacjent zgłosił się tym razem do alergologa, skarżąc się na coraz bardziej dokuczliwy świąd uniemożliwiający prawidłowy sen. Alergolog rozpoznał pokrzywkę i zlecił testy *skin prick*. Wynik testów był

Prof. dr hab. med. Romuald Olszański,
kierownik Zakładu Medycyny Morskiej
i Hiperbarycznej Wojskowego Instytutu
Medycznego w Gdyni

Historia poprzedniej, nieudanej terapii

Pięć tygodni temu po powrocie z urlopu w Zanzibarze u pacjenta wystąpił świąd stóp nasilający się w nocy. Z tego powodu zgłosił się do lekarza rodzinnego, który rozpoznał nawrót atopowego zapalenia skóry. Zalecił regularne stosowanie maści natłuszczających, takrolimus, doustnie hydroksyzynę oraz *wet wrapping*, tzn. bandażowanie stóp po kąpieli, po uprzednim zastosowaniu emolientów.

Zmiany skórne i świąd się nasilały. Pacjent ponownie udał się do lekarza rodzinnego. W związku z brakiem

Gdyby dokładnie zebrano wywiad i przeprowadzono diagnostykę różnicową, droga pacjenta do właściwego rozpoznania byłaby krótsza. To przykład tego, że inercja terapeutyczna, przywiązanie do jednej diagnozy i poruszanie się w kręgu najczęstszych dermatoz nie zawsze pozwala na postawienie właściwego rozpoznania. W dermatologii niekiedy za najczęstszymi objawami kryje się wcale nie tak częsta choroba.

Jak doszedłem do prawidłowej diagnozy

Zebrałem dokładny wywiad. Pięć tygodni temu pacjent wrócił z Zanzibaru i odczuwał niewielki świąd stóp już podczas przelotu samolotem do Polski.

Podejrzałem, że mam do czynienia z dermatozą tropikalną. Objawy wskazywały na larwę skórną wędrującą. Ostatecznie na podstawie dokładnego badania podmiotowego i przedmiotowego oraz badań laboratoryjnych (eozynofilia obwodowa i podwyższone stężenie immunoglobulin E) rozpoznałem larwę skórną wędrującą. Diagnozę potwierdziłem w badaniu dermoskopowym.

Jak doszedłem do właściwego rozpoznania? Po pierwsze, pacjent był w tropiku, chodził boso po plaży i grał codziennie z kolegami w siatkówkę (oczywiście boso). Wszyscy siatkarze po powrocie do kraju także mieli podobne objawy na stopach. A więc główna przyczyna to larwy, które znajdowały się w kale zwierząt, piaszczyste boisko było bowiem ulubionym miejscem spotkań bezpańskich psów.

Zmiany skórne były patognomiczne dla larwy skórnej wędrującej, kręte kanały były widoczne gołym okiem. Nikt z domowników nie był zarażony, co wykluczało zakaźne choroby pasożytnicze. Objawy występowały tylko w tych miejscach, w których doszło do wniknięcia larwy do naskórka. Na stopach stwierdziłem zarażenie aż 20 larwami i z tego powodu objawy w postaci świądu były tak bardzo uciążliwe, szczególnie w nocy.

Larwa skórną wędrującą jest dermatozą tropikalną, najczęściej występującą u turystów powracających z obszarów o klimacie gorącym i wilgotnym (Ameryka Południowa i Środkowa, Meksyk, południowe stany USA, Afryka, Azja Południowo-Wschodnia oraz basen Morza Śródziemnego).



Ryc. 1.



Ryc. 2.

ujemny. Lekarz zalecił zamianę hydroksyzyny, którą pacjent źle tolerował, na lek przeciwhistaminowy nowej generacji w dawce podstawowej. Gdy się okazało, że zalecona terapia nie przyniosła poprawy klinicznej, alergolog, do którego ponownie udał się pacjent, zwiększył tylko dawkę leku przeciwhistaminowego do dawki czterokrotnie wyższej od wyjściowej.

Pacjent czuł się coraz gorzej. Uciążliwy świąd uniemożliwiał mu normalne funkcjonowanie. Zgłosił się do kolejnego dermatologa, który zakwestionował wszystkie dotychczasowe diagnozy. Rozpoznał fotodermatozę, która – jak stwierdził – powstała

po ekspozycji na promieniowanie UVA, po wcześniejszym zastosowaniu substancji fototoksycznej lub fotoalergiczej. Specjalista tłumaczył, że do reakcji nadwrażliwości doszło najprawdopodobniej na skutek skojarzonego działania światła i zewnętrznych substancji światłouczulających zawartych w lekach, które pacjent stosował z powodu atopowego zapalenia skóry. Pacjentowi zalecono glikokortykosteroidy ogólnoustrojowe, które również nie przyniosły poprawy klinicznej. Mężczyzna, wyczerpany pogarszającym się stanem klinicznym, w końcu trafił do mnie.



Ryc. 3.



Ryc. 4.

Czynnikiem etiologicznym są głównie larwy nicieni psów i kotów. Jaja nicieni dostają się do gleby (piasku) z kałem zarażonych zwierząt, następnie z jaj w gorącym i wilgotnym środowisku wylęgają się larwy. Pasożyty lokalizują się tylko w naskórku, ponieważ larwy nie wydzielają kolagenazy niezbędnej do przejścia przez błonę podstawną naskórka. Najbardziej narażeni są rolnicy, ogrodnicy, hydraulicy oraz turyści. Okres inkubacji choroby wynosi 5-15 dni od zarażenia. Larwa drąży w naskórku kręty korytarz, co powoduje silny świąd, szczególnie w nocy. Pierwszym objawem jest swędzący pęcherzyk, później pojawiają się również

swędzące, powrózkowate, kręte, wyniosłe zaczerwienienia o długości do kilkunastu centymetrów zakończone grudką lub pęcherzykiem – miejscem pobytu pasożyta.

Człowiek jest żywicielem pośrednim i z tego powodu larwy u niego nie przekształcają się w postacie dorosłe. Zmiany najczęściej stwierdza się na stopach, podudziach, udach, pośladkach i przedramionach. Objawy skórne mogą wyjątkowo występować także w miejscach nietypowych, np. na plecach i owłosionej skórze głowy (głównie u dzieci).

Po zarażeniu larwa niekiedy może pozostać w naskórku w stanie



Ryc. 5.

uśpionym, bezobjawowym nawet przez kilka tygodni lub miesięcy. Objawy występują wtedy później, co często jest przyczyną błędnej diagnozy.

Zaleciłem pacjentowi stosowanie albendazolu w dawce 400 mg raz dziennie przez siedem dni, a także krioterapię oraz iwermektynę miejscowo. Leczenie okazało się skuteczne. Świąd, który był najbardziej uciążliwy, ustąpił już po dwóch dniach terapii.

Ponieważ objawy pojawiły się po pobycie w tropiku, w różnicowaniu należy uwzględnić: filariozy (loajoza, *Wuchereria bancrofti* i onchocerkozę), schistosomozę (tzw. świąd pływaków) oraz drakunkulozę.

Najpierw pomyślałem, że może to być loajoza, ponieważ jest to choroba, która występuje tylko w Afryce, a choruje na nią ok. 30 mln ludzi. Charakteryzuje się obecnością zmian wypryskowych lub rumieniowych na różnych okolicach ciała. Ale tym, co

czyniło to rozpoznanie mało prawdopodobnym, były charakterystyczne dla tej dermatozy obrzęki kalabarskie, które przemieszczały się wraz z wędrówką samicy pod skórą.

Natomiast *Wuchereria bancrofti* to filarioza limfatyczna charakteryzująca się zapaleniem węzłów i naczyń chłonnych najczęściej kończyn dolnych oraz zapaleniem nasieniowodu, najądrza i jądra z towarzyszącą nieregularną temperaturą i bolesnością. Nie występuje świąd skóry. Natomiast po kilku lub kilkunastu latach dochodzi do nieodwracalnych zmian zarostowych w naczyniach i w węzłach chłonnych oraz ich zgrubienia. Powróżek nasienny staje się zwłókniały i przypomina uwięźniętą przepuklinę. U mężczyzn może występować wodniak jądra oraz chłonkomocz, czyli wydalanie moczu z domieszką chłonki wywołane pęknięciem przewodu piersiowego.

Onchocerkozę, którą także uwzględniłem w postępowaniu różnicowym, to choroba powodująca najczęściej utratę wzroku oraz zmiany skórne przypominające ciężką postać atopowego zapalenia skóry. Na świecie na onchocerkozę choruje ok. 37 mln ludzi. Występuje w 36 krajach, głównie w Afryce Środkowej (99 proc.). Onchocerkozę szerzy się przede wszystkim w dolinach rzecznych, stąd nazwa choroby – ślepotę rzeczna. Najwcześniejszymi objawami mogą być: gorączka, bóle stawowe oraz pokrzywka. Obecność mikrofilarii w skórze powoduje świąd, który może być początkowo jedynym objawem choroby. Konsekwencją intensywnego świądu jest mechaniczne uszkodzenie naskórka, co przypomina świerz. Wtórne zakażenia skóry doprowadzają do zliszajcowacenia skóry oraz objawów świerzbiączki guzkowej. Skóra traci elastyczność, staje się sucha, atroficzna z objawami lichenizacji – przypomina to ciężką postać atopowego zapalenia skóry.

Kolejną dermatozą, którą należało uwzględnić w procesie diagnostyki różnicowej, może być schistosomoza, tzw. świąd pływaków. Choroba szerzy się w klimacie tropikalnym i subtropikalnym. Po kąpielach (w stawach, sadzawkach i jeziorach) podczas wnikania cercarii występuje plamista wysypka. Po kilku godzinach pojawiają się swędzące grudki na podłożu rumieniowym, a następnie obrzęk. Uporczywy, silny świąd może trwać kilkanaście dni podczas wnikania cercarii. Zmiany mogą występować na całym ciele.

W różnicowaniu należy rozważyć drakunkulozę (78 proc. przypadków występuje w Sudanie). Zarażenie następuje poprzez picie wody zanieczyszczonej oczlikami długości 2-3 mm, zawierającymi inwazyjne larwy obleńca. Oczliki rozpuszczają się w żołądku, a uwolnione larwy przechodzą przez ścianę żołądka do przestrzeni otrzewnowej, stamtąd zaś do różnych części ciała, najczęściej do kończyny dolnej, rzadziej do klatki piersiowej, następnie do kończyny górnej lub głowy. Pierwsze objawy w postaci obrzęku, najczęściej w okolicy stopy lub podudzia, występują po roku od zarażenia. Następnie pojawia się zaczerwienienie, stwardnienie. Zmianom tym towarzyszą: pokrzywka, biegunka, podwyższona temperatura. Po kilku dniach pojawiają się grudki i guzki, przekształcające się w bolesny pęcherz o średnicy 1-2 cm wypełniony płynem. W okolicy zmian skórnych pojawia się bardzo silny ból i świąd.

Wcześniej popełnione błędy

1. Nieprawidłowo zebrany wywiad.
2. Przywiązanie do konkretnej diagnozy i nieposzukiwanie innych przyczyn mogących wyjaśnić objawy.
3. Inercja terapeutyczna.
4. Przewlekłe stosowanie preparatów steroidowych mimo braku poprawy klinicznej.

5. Błędne założenie, że objawy muszą mieć związek z chorobą podstawową pacjenta (AZS).
6. Nieprawidłowa diagnoza, a w konsekwencji błędne leczenie.
7. Nieuwzględnienie w procesie diagnostyki różnicowej dermatoz tropikalnych, mimo że pacjent wrócił z Zanzibaru.

Jaka jest lekcja z tej historii

- Larwa skórna wędrująca w Polsce, a także w innych krajach europejskich, jest błędnie rozpoznawana w 55 proc. przypadków. Konsekwencją błędnego rozpoznania jest nieprawidłowe leczenie i wielotygodniowe cierpienie pacjenta.
- Dermatozę należy różnicować z: pokrzywką, kontaktowym zapaleniem skóry, fotodermatozą, świerzem, wypryskiem, z filariozami (*Wuchereria bancrofti*, loajoza, onchocerkozą), a także z drakunkulozą czy schistosomozą (świąd pływaków).
- Choroba najczęściej występuje u turystów spacerujących boso lub opalających się na piasku. Z tego powodu zmiany najczęściej stwierdza się na stopach, podudziach, udach, pośladkach i przedramionach.
- W diagnostyce stwierdza się eozynofilię obwodową i podwyższone stężenie immunoglobulin E, choć prawidłowe wyniki badań nie wykluczają rozpoznania. W diagnostyce pomocne jest badanie dermoskopowe.
- W przypadku chorób o nietypowym obrazie klinicznym, które nie poddają się standardowemu leczeniu, warto pomyśleć o dermatozach tropikalnych, jeśli pacjent powrócił z kraju o klimacie gorącym i wilgotnym. ■

Opracowała: **Olga Tymanowska**

Zdjęcia: <3 wiersze>