

Streszczenie

Wprowadzenie:

Erytrodermia jest stanem uogólnionego zapalenia skóry, który może znacząco pogarszać jakość życia pacjenta i zwiększać ryzyko śmiertelności w przebiegu zaburzeń ogólnoustrojowych. Niezwykle istotne jest wczesne postawienie diagnozy wyjściowej przyczyny zmian skórnych, co bywa bardzo trudne w przypadku braku wcześniejszej dermatologicznej historii choroby. Do tej pory nie udało się ustalić jednoznacznych wytycznych i panelu badań, mogących istotnie przyspieszyć diagnostykę różnicową w erytrodermii, a najbardziej pomocne badanie histologiczne skóry często nie daje jednoznacznej odpowiedzi ze względu na mało charakterystyczny obraz przewlekłego stanu zapalnego.

Cele i założenia pracy:

Celem pracy była analiza przyczyn erytrodermii oraz ocena zależności pomiędzy poszczególnymi przyczynami erytrodermii a wybranymi aspektami klinicznymi i parametrami biochemicznymi wśród pacjentów z erytrodermią (grupa retrospektywna). W drugiej części pracy analizowano grupę pacjentów z erytrodermią, która rozwinęła się na podłożu 3 wybranych jednostek chorobowych: atopowego zapalenia skóry (AZS), łuszczycy i ziarniniaka grzybiastego (łac. *mycosis fungoides*, MF)/zespołu Sézary'ego (ang. *Sézary syndrome*, SS), w której dodatkowo oceniono także jakość życia i nasilenia świądu oraz zależności pomiędzy poszczególnymi przyczynami erytrodermii a wybranymi cytokinami prozapalnymi (grupa badana). Przeprowadzona analiza miała na celu próbę znalezienia korelacji między danymi klinicznymi i laboratoryjnymi a różnymi typami erytrodermii, ułatwiając i przyspieszając postawienie prawidłowego rozpoznania. Dodatkowo szeroka analiza statystyczna pacjentów z uogólnionym zapaleniem skóry jest cennym źródłem informacji retrospektywnych.

Material i metody:

Grupa retrospektywna objęła 240 pacjentów (163 mężczyzn i 77 kobiet) z erytrodermią w wieku od 18 do 91 lat (średnia wieku $54,3 \pm 18,03$ lat) hospitalizowanych w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w latach 2012-2014, a grupa badana 60 chorych z objawem erytrodermii w przebiegu AZS,

łuszczycy i MF/SS hospitalizowanych w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w latach 2014–2016. W obu grupach przeanalizowano wiek, płeć, indeks masy ciała (BMI, ang. *body mass index*), nikotynizm i spożywanie alkoholu, miejsce zamieszkania, obecność chorób towarzyszących, zmiany dotyczące owłosienia i płytek paznokci, obecność powiększenia węzłów chłonnych i rogowca dłoni i stóp, alergię oraz wybrane parametry laboratoryjne: białko ostrej fazy (CRP), odczyn Biernackiego (OB), morfologię, enzymy wątrobowe, dehydrogenazę mleczanową (LDH), beta-2-mikroglobulinę (B2M) i immunoglobulinę E (IgE). Dodatkowo w grupie badanej oznaczono metodą immunoenzymatyczną w surowicy stężenie wybranych cytokin prozapalnych: interleukiny 4 (IL-4), interleukiny 6 (IL-6), interleukiny 31 (IL-31) i czynnika martwicy nowotworów alfa (TNF- α). Oceniono również jakość życia przy pomocy kwestionariusza DLQI (ang. *Dermatology Life Quality Index*) oraz zmierzono nasilenie świądu przy pomocy wizualnej skali analogowej oceny świądu (ang. *Visual Analogue Scale*, VAS), jeśli był obecny.

Wyniki:

Najczęściej ustalaną przyczyną erytrodermii była łuszczyca (25,83%), drugą co do częstości przyczyną było atopowe zapalenie skóry 18,75%, trzecią MF/SS (12,08%). W grupie badanej obserwowano iż średnie całkowite stężenie IgE było najwyższe u osób z AZS (10733,52 IU/l), podwyższone w MF/SS (5278,08 IU/l), a nieznacznie podwyższone w łuszczycy (269,89 IU/l). Stężenie B2M było wyższe u osób z MF/SS niż u chorych z AZS, a stężenie LDH było wyższe u osób z AZS i MF/SS w porównaniu do chorych z łuszczycą. Zmiany płytek paznokciowych najczęściej obserwowano w łuszczycy erytrodermicznej. Świąd skóry występował częściej i był bardziej nasilony w skali VAS u chorych z AZS i MF/SS niż u osób z łuszczycą. Kobiety otrzymały wyższą punktację kwestionariusza DLQI w porównaniu do mężczyzn cierpiących z powodu erytrodermii. Stężenie IL-4, IL-6 i TNF- α było najwyższe u osób z MF/SS. Stężenie IL-31 było najwyższe u osób z AZS.

Wnioski:

Na podstawie uzyskanych wyników ustalono, że najczęstszymi przyczynami erytrodermii była łuszczyca, atopowe zapalenie skóry i MF/SS. Kobiety odczuwały większy wpływ erytrodermii na spadek jakości życia niż mężczyźni, co uwidoczniło w analizie kwestionariusza DLQI. Wzrost stężenia IL-4, IL-6, TNF- α może być przydatnym markerem u

chorych z erytrodermią, w przypadkach wątpliwych diagnostycznie, przemawiającym za rozpoznaniem rozrostu limfocytarnego. Podwyższone stężenie IL-31 może być markerem różnicującym pomiędzy erytrodermią w przebiegu AZS i MF/SS a łuszczycą erytrodermiczną przebiegająca bez świądu. Stężenia IgE powyżej normy w surowicy pacjentów z erytrodermią przemawia za rozpoznaniem AZS lub MF/SS w diagnostyce różnicowej z łuszczycą erytrodermiczną. U pacjentów z MF/SS mimo nieprawidłowych, wysokich stężeń IgE w surowicy, nieobecne są na ogół IgE swoiste, co jest przydatne w różnicowaniu z AZS. Stężenie B2M i LDH w surowicy pacjentów z erytrodermią może być przydatnym markerem różnicującym MF/SS i AZS, gdzie podwyższone stężenia będą przemawiały za rozpoznaniem MF/SS. Obecność zmian płytek paznokci pod postacią onycholizy, plam olejowych i hiperkeratozy podpaznokciowej przemawiają za rozpoznaniem erytrodermii w przebiegu łuszczycy w diagnostyce różnicowej z AZS i MF/SS.