

Diagnostyka łuszczycy za pomocą dermatoskopu i mikroskopu konfokalnego

Diagnosis of psoriasis using a dermoscope and reflectance confocal microscopy

Anna Pogorzelska-Antkowiak

EsteDerm, Tychy

STRESZCZENIE

Łuszczycza jest przewlekłą, zapalną, genetycznie uwarunkowaną chorobą, dotyczącą około 2% populacji. Pierwsze objawy choroby pojawiają się zazwyczaj u osób dorosłych. W patogenezie zwraca się uwagę na związek z antygenami Cw2, Cw6, B13, Bw57, DR7, A30 czy B27. W większości przypadków postawienie prawidłowej diagnozy nie stanowi problemu, jednak czasami obraz kliniczny jest niecharakterystyczny, co dla dermatologa może stanowić niemałe wyzwanie. W tych przypadkach zarówno dermatoskopia, jak i mikroskopia konfokalna *in vivo* wydają się bardzo pomocne. Dermoskopowo łuszczycza wykazuje typowe cechy: pod warstwą rogową widoczne liczne naczynia krwionośne typu kropek. W obrazie spod mikroskopu konfokalnego w warstwie wierzchniej dominują typowy układ plastra miodu i parakeratoza. Na granicy skórno-naskórkowej widoczne są liczne poszerzone naczynia w brodawkach skórnych, w których świetle obserwuje się komórki zapalne. Obie metody diagnostyczne pozwalają uniknąć biopsji, a w efekcie oszczędzenia pacjenta bliźną, jednocześnie zwiększając szanse postawienia trafnej diagnozy.

Forum Derm. 2019; 5, 1: 11–13

Słowa kluczowe: łuszczycza, diagnostyka, dermatoskopia, mikroskopia konfokalna

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic, inflammatory, genetic disease, which affects about 2% of the population. The first symptoms appear mostly among young adults. HLA antigens especially Cw2, Cw6, B13, Bw57, DR7, A30 and B27 are the most important ones related in pathogenesis of this disease. Clinical symptoms and dermoscopic features of typical psoriatic lesions are recognizable easily, but in some cases making the right diagnosis can be a great challenge. In this patients dermoscopy and especially reflectance confocal microscopy are very useful and helpful. Thick stratum corneum corresponding to the scale, numerous dots vessels are the most typical dermoscopic features of psoriasis. Histopathology evaluation shows parakeratosis, Munro abscesses in the epidermis. There are many dilated vessels with inflammatory cells in the upper dermis. In reflectance confocal microscopy we can observe bright stratum corneum, parakeratosis and numerous inflammatory cells.

The acanthotic honey combed pattern is visible. In the DEJ level papillae are multiple, dilated and have well observable vessels.

Forum Derm. 2019; 5, 1: 11–13

Key words: psoriasis, diagnosis, dermoscopy, reflectance confocal microscopy

Łuszczycza jest przewlekłą, zapalną, genetyczną chorobą skóry, dotyczącą około 2% populacji. Pierwsze objawy łuszczycy pojawiają się najczęściej u młodych dorosłych.

W patogenezie tej choroby kluczową rolę odgrywiają antygeny układu HLA (Cw2, Cw6, B13, Bw57, DR7, A30, B27). Wyniki licznych badań nad istotą schorzenia wykazały kluczową rolę limfocytów T w patogenezie łuszczycy [1]. W ogniskach chorobowych zaobserwowano wyraźną przewagę komórek Th1. Znakowanie limfocytów za pomocą przeciwciał monoklonalnych wykazało w naskórku

i górnej części skóry właściwej ogromną liczbę komórek CD4+ oraz CD8+. Implikuje to zwiększoną produkcję takich mediatorów procesu zapalnego, jak IFN- γ , interleukina 2 (IL-2), interleukina 17 (IL-17) oraz TNF- α . Typowym dla łuszczycy zjawiskiem jest zwiększona migracja neutrofilów do zmienionego chorobowo naskórka. Odzwierciedla się to w badaniu histopatologicznym pod postacią tak zwanych mikroropni Munro.

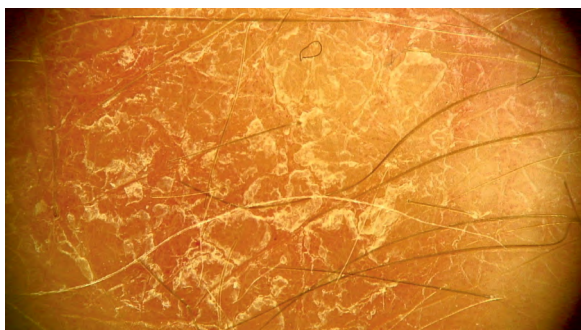
Typowe ogniska łuszczycowe zestawione z klasycznymi predylekcyjnymi miejscami występowania na ogół

Adres do korespondencji:

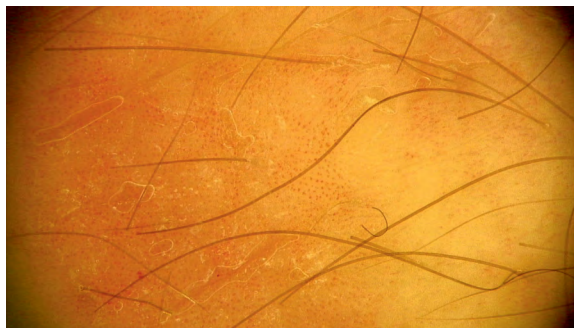
dr n. med. Anna Pogorzelska-Antkowiak, *EsteDerm*, al. Bielska 135b/17, 43–100 Tychy



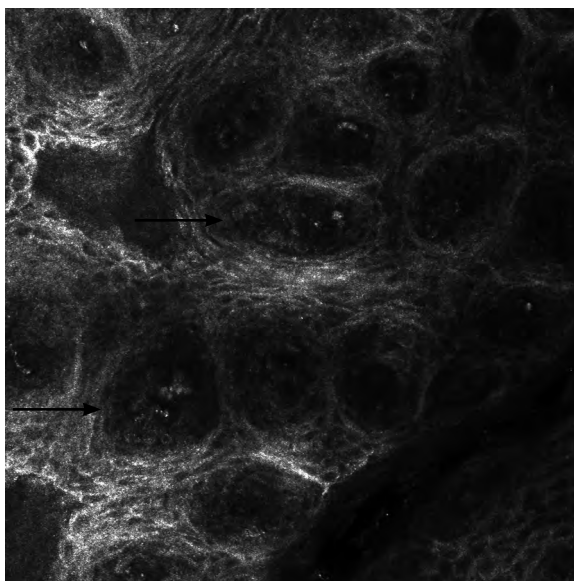
Rycina 1. Obraz kliniczny ogniska łuszczycy



Rycina 2. Łuszczycyca w dermoskopii. Łuska na powierzchni ogniska pokrywa liczne naczynia krwionośne położone poniżej



Rycina 3. Dermoskopowy obraz ogniska łuszczycowego z licznymi naczyniami typu kropek



Rycina 4. Obraz łuszczycy w mikroskopie konfokalnym. Widoczne liczne wewnątrzbrodawkowe rozszerzone naczynia krwionośne z komórkami zapalnymi (czerwone znaczniki)

nie stanowią problemu w postawieniu trafnej diagnozy (ryc. 1). Bywają jednak sytuacje, gdy objawy przypominają inne schorzenia o charakterze zapalnym, jak łojotokowe zapalenie skóry, wyprysk pieniążkowy, łupież czerwony, mieszkowy czy grzybica [2].

Wykonanie biopsji i posiłkowanie się badaniem histopatologicznym prowadzi zawsze do oszpecenia pacjenta i wydaje się w czasach dostępu do nowoczesnych metod diagnostycznych (dermoskopia i mikroskopia konfokalna) niepotrzebną procedurą.

W obrazie dermoskopowym (FotoFinder) typowej zmiany łuszczycowej widoczna jest wyraźna pogrubiała warstwa rogowa odpowiadająca w badaniu klinicznym łusce (ryc. 2). Widoczne są również liczne równomiernie rozmieszczone naczynia krwionośne typu kropek [3] (ryc. 3).

Łuszczycę w obrazie histopatologicznym cechuje wyraźne wydłużenie soplei naskórkowych, ogniska parakeratozy, zanik warstwy ziarnistej i skupiska neutrofilów w obrębie pogrubiałego naskórka (mikroropnie Munro). Widoczne są też rozszerzone i dość kręte naczynia krwionośne, a także egzocytoza limfocytów i innych komórek zapalnych.

Wszystkie te cechy mają swoje odzwierciedlenie w badaniu za pomocą mikroskopu konfokalnego.

W obrazie uzyskanym za pomocą mikroskopu konfokalnego *in vivo* (Vivascope 1500) obserwujemy zgrubienie naskórka, jasne, „świejące” ogniska parakeratozy oraz neutrofile. Naskórek w całości jest wyraźnie pogrubiały, akantotyczny. W naskórku typowy wzór plastra miodu wykazuje cechy charakterystyczne dla akantozy; wydaje się ciemniejszy, co jest powodowane rozluźnieniem jego struktury w następstwie utracenia przez keratynocyty więzi sąsiedztwa [4].

Widoczne są liczne komórki zapalne podkreślające swoją obecnością proces spongiozy.

Na granicy skóro-naskórkowej brodawki skórne są mnogie, poszerzone, z wyraźnie zaznaczonymi w części centralnej naczyniami krwionośnymi (ryc. 4). Dla kontra-

stu przestrzenie międzybrodawkowe wydają się wyraźnie węższe. W wierzchniej warstwie skóry właściwej widać liczne naczynia krwionośne z otaczającymi je komórkami zapalnymi [5].

Podsumowując — dostęp do nowoczesnych metod diagnostycznych, w tym do mikroskopii konfokalnej *in vivo*, znacząco zwiększył trafność stawianych diagnoz, a tym samym skuteczność terapeutyczną łuszczycy.

PIŚMIENNICTWO

1. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths EM, Ashcroft DM. Global Epidemiology of Psoriasis a Systemic Review of Incidence and Prevalence. *J Invest Dermatol.* 2013; 2: 377–385.
2. Hawro T, Maurer M, Hawro M, et al. In psoriasis, levels of hope and quality of life are linked. *Arch Dermatol Res.* 2014; 306: 661–666.
3. Lallas A, Zalaudek I, Argenziano G. Dermoscopy in General Dermatology. *Dermatol Clin.* 2013; 31: 679–694.
4. Gill M, Gonzales S. Enlightening the Pink: Use of Confocal Microscopy in Pink Lesions. *Dermatol Clin.* 2016; 34: 443–458.
5. Hofmann-Wellenhorst R, Pellacani G, Malvehy J, Soyer HP. *Reflectance Confocal Microscopy for Skin Diseases.* Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2012.