

GRUŹLICA SKÓRY

Klinika Dermatologii i Wenerologii UM w Łodzi

Gruźlica skóry

- Choroba ogólnoustrojowa
- Czynniki etiologiczne: kwasooporny, ludzki prątek, rzadziej bydłęcy
- Zmiany wywołane przez inne typy prątków nie są zaliczane do tzw. gruźlicy właściwej skóry; są to wykwyty niecharakterystyczne i krótkotrwałe

Prątki atypowe

- Określane także jako niegruźlicze
- Wywołują one zmiany skórne klinicznie i histopatologicznie nie do odróżnienia od zmian wywołanych przez prątki właściwe.
- Zmiany wywołane przez prątki atypowe nie poddają się leczeniu tuberkulostatykami, a antybiotykami nowszych generacji

Gruźlica skóry

Rozpoznanie gruźlicy skóry stawia się na podstawie:

1. Obrazu klinicznego
2. Wyniku badania histopatologicznego (charakterystyczne utkanie)
3. Nadwrażliwości na tuberkulinę
4. (+) wyniku badania na obecność prątków/ stwierdzenie obecności DNA (znaczenie rozstrzygające)

Gruźlica skóry

Charakter kliniczny ogniska gruźlicy skóry zależy od:

1. Zjadliwości i ilości materiału zakażającego
2. Wrót wejścia prątka
3. Odczynowości ustroju
4. Odporności ustroju

Gruźlica skóry

W skórze, prątki gruźlicy nie mają tak dobrych warunków do rozwoju jak w narządach wewnętrznych, ponieważ:

1. Nieuszkodzona skóra stanowi barierę mechaniczną
2. Komórki tkanki łącznej fagocytują prątki
3. Włókna łącznotkankowe ograniczają przenikanie prątków
4. Mukopolisacharydy zawarte w substancji podstawowej podścieliska osłabiają zjadliwość prątków

Gruźlica skóry

Cechy charakterystyczne gruźlicy skóry:

1. Przewlekły i łagodny przebieg
2. Różne nasilenie alergii na tuberkulinę
3. Duża odporność
4. Nie zawsze spełnione są wszystkie postulaty Kocha

Postulaty Kocha

1. Wykazanie prątków gruźliczych w preparatach bezpośrednich
2. Dodatnie posiewy na odpowiednich podłożach
3. Szczepienie zwierząt doświadczalnych w celu stwierdzenia zjadliwości prątków
4. Charakterystyczne utkanie histologiczne
5. Nadwrażliwość na tuberkulinę

Gruźlica skóry

Utkanie histologiczne:

1. Gruźelki składające się z:
 - pojedynczych komórek olbrzymich Langhansa z jądrami ułożonymi na obwodzie
 - skupień komórek nabłonkowatych
 - obwodowo ułożonego pasma limfocytów
2. Martwica

Gruźlica skóry

W przypadku gruźlicy skóry należy pamiętać, że:

1. Nie jest to schorzenie wymierające
2. Nie leczy się jedynie ogniska gruźliczego, ale całego człowieka chorego na gruźlicę
3. Ognisko gruźlicy bez względu na lokalizację i charakter kliniczny stanowi objaw schorzenia ogólnego jakim jest gruźlica

Klasyfikacja gruźlicy skóry

I. Gruźlica skóry właściwej:

- toczniowa
- węzłowa
- rozplywna
- brodawkująca i wrzodziejąca

II. Tuberkulidy

- guzkowo-zgorzelinowy
- rumień stwardniały
- lupoid prosówkowy twarzy

Tuberkulidy

Jest to odczyn alergiczny na prątki lub ich składowe, bądź też inne bakterie odgrywające rolę antygenów.

Różnicowanie

	Gruźlica skóry właściwa	Tuberkulidy
Stwierdzenie prątka w ognisku	Trudne, ale możliwe	Nigdy nie wykrywa się
Odporność	Różna	Znaczna
Alergia na tuberkulinę	Różna	Wybitna
Szerzenie się procesu chorobowego	Rozrost ognisk, rzadko drogą krwi lub chłonki	Drogą krwipochodną

Gruźlica toczniowa

- Guzek żółtobrunatny lub czerwobrunatny
- Skłonność do przerostu, rozpadu, bliznowacenia
- Powolny rozwój
- (+) objaw diaskopii
- Lokalizacja – gł. twarz – ryzyko rozwoju całoczystokomórkowego
- Postacie: płaska, przerosła i wrzodziejąca, brodawkująca

Gruźlica rozplywna

- Guz/ guzek w tkance podskórnej, następnie rozmiękające nacieki z przetokami i owrzodzeniami – okolica węzłów chłonnych i stawów
- Ustępowanie z pozostawieniem blizn – charakterystyczne, pozaciągane
- Lokalizacja: okolica podzuchwowa, nadobojczykowa, mostkowa, twarz
- Charakterystyczna duża odporność

Gruźlica brodawkująca

- Hiperkeratotyczne, brodawkowate ogniska w obrębie skóry odsłoniętej – ręce
- Charakterystyczna duża odporność

Gruźlica wrzodziejąca

- Obecnie rzadko
- Dotyczy błon śluzowych
- Występuje u osób z obniżoną odpornością chorujących na tbc narządową

Odczyn tuberkulinowy

Jest skórną reakcją badanego na wstrzyknięcie antygenów prątka z charakterystycznym tworzeniem u osób uprzednio eksponowanych nacieku i rumienia.

Odczyn może być poszczepienny (powstający w wyniku szczepienia) oraz pozakaźny (jako wyraz naturalnego zakażenia prątkiem).

Odczyn tuberkulinowy

- Wiele lat był traktowany jako metoda wykrywania zakażenia; stwierdzenie (+) OT wymaga dalszej diagnostyki
- Badanie nadwrażliwości przed i poszczepiennej
- Bardziej pomocny u dzieci niż u dorosłych (diagnostyka gruźlicy u dzieci)
- (+) odczyny występują u osób szczepionych i nie są jednoznaczne z zakażeniem Tbc

Odczyn tuberkulinowy

- Środkowa część 1/3 górnej, grzbietowej powierzchni lewego przedramienia
- 0.1 ml roztworu tuberkuliny (natychmiast pojawia się bąbel o średnicy 8-10 mm, znika po kilku minutach)
- Odczyt po 72 h (wg WHO 48-72 h)
- Mierzymy poprzeczną do długiej osi przedramienia średnicę nacieku (stwardnienia); w ocenie nie uwzględnia się wielkości obrzęku, ani rumienia
- „prawdziwy” odczyn tuberkulinowy utrzymuje się wiele dni lub tygodni (odczyn po zakażeniu prątkami atypowymi znika w ciągu kilku dni)

Odczyn tuberkulinowy

Odczyt, wg norm polskich:

1. OT > 10-12 mm (+)
2. OT 6-10 mm – reakcja poszczepienna
3. OT < 6 mm (-)

Normy proponowane przez głównego producenta tuberkuliny:

1. OT < 5 mm (-)
2. OT 6 – 14 mm (+)
3. OT > 15 mm żywo (+)

Odczyn tuberkulinowy

Istnieją czynniki, które mogą hamować reakcję na tuberkulinę lub wpływać na jej wygaśnięcie:

- ciężki stan ogólny
- choroby zakaźne (odra, ospa, różyczka, zakażenia mykoplazmatyczne)
- leki immunosupresyjne oraz cytostatyczne
- niedoczynność tarczycy
- cukrzyca

Odczyn tuberkulinowy

W diagnostyce Tbc określa się także typ nacieku wg skali Edwardsa i Palmera:

typ I – naciek spoisty, dobrze wyczuwalny, wyraźnie odgraniczony

typ IV – naciek rozlany, mało spoisty, granice trudne do oznaczenia

typ II, III – nacieki pośrednie

Typ I i II – charakterystyczne dla odczynów pozakaźnych, a III i IV dla poszczepiennych

Odczyn tuberkulinowy

Wynik próby przedstawia się dwoma cyframi: pierwsza (arabska) – średnica nacieku w mm, druga (rzymska) – typ nacieku

Jeśli wystąpił odczyn wysiękowy (pęcherzowy) dodatkowo podaje się trzecią cyfrę (arabską) – średnica pęcherza w mm

Odczyn tuberkulinowy

Odczyn tuberkulinowy może być:

1. miejscowy
2. ogniskowy – zaostrenie zmian w obrębie ogniska gruźliczego
3. uogólniony

Szczepienia przeciwko gruźlicy

Wg kalendarza szczepień obowiązującego od marca 2006 szczepienie przeciwko gruźlicy wykonuje się jednorazowo, w ciągu pierwszych 24 godzin życia noworodka. Jeśli istnieją przeciwwskazania, szczepienie należy wykonać do końca 1 roku życia.

Leczenie

- Leczenie zależy od postaci klinicznej, od współistnienia tbc narządowej, węzłowej oraz stawowej
- Najczęściej stosuje się leczenie skojarzone, zgodne ze schematami ftyzjatricznymi
- Leczenie gruźlicy jest leczeniem skojarzonym, długotrwałym i ukierunkowanym
- Przebiega ono w 3 fazach: 1. intensywna (4 leki), 2. utrwalająca (2 leki), 3. zabezpieczająca (monoterapia, najczęściej INH)

Leczenie

- Gruźlica skóry, gruźlica narządowa u nieprątkujących: *hydrazyd kwasu izonikotynowego (IHD), ryfampicyna, etambutol oraz streptomycyna*
- Gruźlica narządowa ze współistniejącą gruźlicą skóry, a także choroby prątkujące : *IHD, ryfampicyna, etambutol oraz pyrazynamid*
- Tuberkulidy: *kts, leki naczyniowe, IHD oraz ryfampicyna*

Leczenie

- Tbc toczniowa, rozplywna oraz wrzodziejąca – leczymy kilkanaście miesięcy; obserwacja do 2 lat (poza wrzodziejącą)
- Tbc brodawkująca – leczymy do ustąpienia zmian, małe pojedyncze ogniska mogą być usuwane chirurgicznie, co zastępuje pierwszą fazę leczenia
- Tuberkulidy – kilka miesięcy

Wyleczenie oceniane jest na podstawie obrazu klinicznego oraz histopatologicznego
