

Charakterystyka najczęstszych dermatoz skóry stóp

Characteristics of the most common feet dermatoses

I WPROWADZENIE

W ostatnich czasach coraz więcej uwagi poświęca się wpływowi chorób na jakość życia oraz ocenie leczenia nie tylko pod względem jego obiektywnej skuteczności w ustępowaniu schorzenia, ale także uzyskiwanej poprawy jakości życia. Wpływ chorób dermatologicznych na psychikę pacjenta porównuje się do najcięższych chorób nowotworowych i układu krążenia.

Choroby skórne na stopach stanowią znaczny odsetek problemów, z jakimi zgłaszają się pacjenci do dermatologa. Oprócz faktu istnienia choroby jako takiej, zmiany skórne w obrębie stóp stwarzają dodatkowe uciążliwości. Są widoczne, zwłaszcza w porze letniej, co stanowi obciążenie psychiczne, choć nie aż tak duże jak zmiany na twarzy i rękach. Ponadto ze względu na obciążenie mechaniczne zmiany na stopach bywają bolesne przy chodzeniu, nawet jeśli w innych okolicach ciała ta sama choroba nie powoduje dolegliwości bólowych [1].

I ZMIANY SKÓRNE

Zmiany skórne w przebiegu dermatoz na stopach cechuje większa różnorodność wyglądu niż np. na tułowiu. W obrębie powłok ciała na stopach możemy wyróżnić kilka obszarów o odmiennych warunkach anatomicznych. Na podszewach stóp, podobnie jak

na dłoniach, występuje skóra nieowłosiona, czyli pozbawiona mieszków włosowych i gruczołów łojowych, za to z wyraźnie grubszym naskórkiem układającym się w listewki (na opuszkach palców szczególnie wyraźne, określane jako linie papilarne). Na bocznych częściach i grzbietach stóp występuje anatomicznie skóra owłosiona, pokryta włosami meszkowymi. Skórę w przestrzeniach międzypalcowych można zaliczyć do obszarów wyprzeniowych, cechuje je podwyższona temperatura i wilgotność, możliwość tarcia skóry o skórę. Czwartym specyficznym obszarem jest narząd paznokciowy z płytką, łożyskiem i wałami paznokciowymi. Różnorodność ta przekłada się na odmienną predylekcję poszczególnych obszarów do jednostek chorobowych i różnicowanie wyglądu zmian. Jeśli choroba zajmuje więcej niż jeden obszar, w każdym z nich zmiany będą wyglądały inaczej. Zmiany na podszewach stóp są podobne do zmian na dłoniach, natomiast zmiany na grzbietach stóp odpowiadają wyglądem zmianom na tułowiu i dosiebnych częściach kończyn. W przypadku chorób w sposób rozlany zajmujący większe obszary skóry na bocznych powierzchniach stóp można zaobserwować obszar przejścia zmian typowych dla podszew stóp w zmiany charakterystyczne dla skóry tułowia i kończyn.

Piotr Nockowski

Klinika Dermatologii,
Wenerologii i Alergologii,
Uniwersytet Medyczny
we Wrocławiu

ul. T. Chałubińskiego 1
50-368 Wrocław

T: +48 71 348 23 32

E: piotr.nockowski
@umed.wroc.pl

» 224

I STRESZCZENIE

Ze względu na budowę anatomiczną i funkcję stóp istnieje ograniczona grupa chorób skóry występująca tylko w tej lokalizacji, a dermatozy rozsiane na tej części ciała posiadają specyficzne cechy wyglądu i odznaczają się charakterystycznymi cechami przebiegu. Rozpoznanie może być trudne, ponieważ konkretne choroby mają wiele wariantów klinicznych, a poszczególne odmiany różnych chorób są do siebie podobne. Niniejsza praca stanowi przegląd najczęstszych chorób skóry stóp z charakterystyką obrazu klinicznego i podstawowymi zasadami diagnostyki i leczenia.

I ABSTRACT

Due to anatomical structure and function of feet, there is a limited group of skin diseases which occur only in this location and dermatoses affecting this area have specific appearance and course of illness. Diagnosis can be difficult because specific diseases have many variants of clinical picture where as the variants of various diseases are similar to each other. This paper reviews the most common skin diseases of feet with clinical characteristics and the basis of diagnosis and treatment.

otrzymano / received

30.04.2016

poprawiono / corrected

17.05.2016

zaakceptowano / accepted

05.06.2016

Słowa kluczowe: dermatozy stóp, obraz kliniczny, podologia

Key words: feet dermatoses, clinical picture, podiatry

Choroby dermatologiczne na stopach rzadko ograniczają się wyłącznie do skóry stóp. Są to przeważnie specyficzne odmiany kliniczne pospolitych chorób, jak grzybica stóp (międzypalcowa, złuszczeniowa i potnicowa), idiopatyczny wyprysk rąk i stóp (w tym rogowaciejący i potnicowy), łuszczyca zwykła rąk i stóp lub łuszczyca krostkowa rąk i stóp. Znacznie częściej stopy bywają jedną z wielu możliwych lokalizacji zmian, zależnie od jednostki chorobowej, mniej lub bardziej typową. W obrębie stóp często lokalizuje się wyprysk kontaktowy alergiczny i z podrażnienia, neurodermit ograniczony, atopowe zapalenie skóry, brodawki wirusowe, odciski i modzele, znamiona barwnikowe, rzadziej liszaj płaski, rumień wielopostaciowy, ziarniniak obrączkowy, łupież rumieniowy, kiła wczesna nawrotowa, bielactwo nabyte. Rzadkimi, ale istotnymi klinicznie chorobami są rak brodawkujący podeszwy stopy i czerniak wywodzący się z akralnej plamy soczewicowatej.

| CHOROBY GRUDKOWO-PĘCHERZYKOWE I KROSTKOWE

| Grzybica stóp

Choroba wywoływana jest przez grzyby zdolne do rozkładu keratyny, tzw. dermatofity, znacznie rzadziej przez wybrane grzyby pleśniowe. Jest najpowszechniejszą chorobą stóp i jej częstość wyraźnie rośnie z wiekiem.

- Najczęstszą odmianą kliniczną jest **grzybica międzypalcowa**



Fot. 1 Grzybica międzypalcowa Źródło: [1]

stóp. Zmiany zajmują zgodnie z nazwą przestrzenie międzypalcowe, począwszy od skóry między 4 i 5 palcem stopy, w miarę nasilenia choroby dalsze, może też szerzyć się na skórę w otoczeniu. Zmiany mają charakter maceracji i złuszczenia naskórka w głębi fałdów, rumienia zapalnego, niekiedy z obecnością pęknięć i sączących nadżerek (Fot. 1). Stan zapalny jest bardzo zmienny, zależny w dużym stopniu od gatunku grzyba, czasami brak go zupełnie. Najmniejszą reakcję zapalną wywołują dermatofity antropofilne, czyli wyspecjalizowane w atakowaniu człowieka, co wiąże się z bardziej przewlekłym, czasem wieloletnim charakterem infekcji.

Przy szerzeniu infekcji na grzbiet stopy przybiera ona wygląd typowy dla grzybicy dermatofitowej ciała (zwanej również grzybicą tułowia, choć wbrew nazwie obejmuje także kończyny poza rękami, stopami i okolicami anogenitalnymi) – rumień i grudki z nasileniem na obwodzie (tzw. „aktywny brzeg”), sporadycznie pęcherzyki i krosty. Świąd skóry jest różnie nasilony – od całkowitego braku po umiarkowany, zazwyczaj jednak mniejszy niż w chorobach o charakterze wyprysku. Pęknięcia i nadżerki powodują bolesność. Przebieg jest przewlekły z okresowymi zaostrzeniami [2].

- **Grzybica złuszczeniowa stóp** zwana mokasynową ze względu na obszar zmian odpowiadający skórze zakrytej przez ten typ obuwia. Zajmuje podeszwy stóp, boczne powierzchnie i pięty oraz częściowo grzbiet stopy, głównie w obrębie palców stóp. Zmiany przybierają charakter zlewnych, suchych ognisk rumieniowo-złuszczeniowych. Rumień lepiej widoczny jest po stronie grzbietowej, w obrębie podeszew stóp może być widoczne jedynie wzmożone rogowacenie i złuszczenie. Świąd niewielki lub brak. Przebieg przewlekły [3].
- W **odmianie potnicowej (dyszhydrotycznej) grzybicy stóp** zmiany dotyczą wyłącznie podeszew stóp. Okresowo, raz na kilka tygodni lub miesięcy, dochodzi do wysiewu licznych drobnych pęcherzyków na rumieniowym podłożu lub większych pęcherzy, początkowo z treścią surowiczą (przejrzystą) i silnym świądem. Z czasem pęcherze pękają z tworzeniem nadżerek i złuszczeniem. Obecność nadżerek jest powodem pieczenia i bolesności. Zmiany ustępują stopniowo, nawet nieleczone, ale po pewnym czasie następuje nawrót choroby [4].

Wszystkie odmiany grzybicy stóp wymagają różnicowania z chorobami o klinicznej manifestacji wyprysku, a w szczególności grzybica złuszczeniowa z wypryskiem rogowaciejącym i grzybica potnicowa z wypryskiem potnicowym. Pod uwagę należy brać także łuszcycę zwykłą i krostkową stóp oraz w przypadku zajęcia przestrzeni międzypalcowych wyprzenia drożdżakowe i łupież rumieniowy, które w tej lokalizacji są jednak znacznie rzadsze. W razie wątpliwości podstawą rozpoznania jest badanie mikologiczne. W leczeniu stosuje się leki przeciwgrzybicze, w grzybicy mokasynowej i przy współistnieniu grzybicy paznokci konieczne jest leczenie doustne, w pozostałych przypadkach można stosować wyłącznie leczenie miejscowe. Nie można zapomnieć o skutecznej dezynfekcji butów i skarpet, bez której istnieje wysokie ryzyko nawrotu infekcji [4].

| Wyprysk

Wyprysk to wspólny dla wielu chorób obraz kliniczny powierzchownego, nieinfekcyjnego stanu zapalnego skóry. Zależnie od stopnia nasilenia i czasu trwania wyróżniamy wyprysk ostry, podostry i przewlekły.

- W **wyprysku ostrym** na podłożu rumieniowo-obrzękowym występują drobne czerwone grudki i pęcherzyki, z czasem przekształcające się w nadżerki; sączenie z powierzchni zmian powoduje tworzenie surowicznych strupów.

- W **wyprysku podoстрыm** objawy zapalno-wysiękowe są słabiej wyrażone, przeważają rumień, grudki i strupy.
- W **wyprysku przewlekłym** dominują objawy lichenifikacji, czyli pogrubienie skóry ze wzmocnieniem rysunku, rumieniowi towarzyszy przebarwienie pozapalne (melanodermia), pojedyncze grudki, złuszczenie i przeczasy na skutek silnego świądu i drapania. Zmiany mogą być wyłącznie na stopach, ale często współistnieją ogniska wyprysku na rękach i na stopach.

Zmiany wypryskowe mogą powstawać w przebiegu wyprysku kontaktowego alergicznego, wyprysku kontaktowego z podrażnienia, atopowego zapalenia skóry i idiopatycznego wyprysku rąk i stóp. Różnicowanie ze względu na podobny obraz kliniczny zmian nie jest łatwe, pomocne są dodatkowe informacje z wywiadu i testy alergiczne.

- **Wyprysk kontaktowy alergiczny** rozwija się według mechanizmu reakcji alergicznej typu IV, zmiany pojawiają się po 1-3 dniach po kontakcie z alergenem i stopniowo nasilają się do tygodnia mimo zakończenia kontaktu, po czym samoistnie stopniowo ustępują, nieraz przez wiele tygodni. Mogą pojawiać się także poza miejscem kontaktu na skórze. Przy uczuleniu na rozpowszechniony alergen, np. związki chromu, stałe powtarzający się kontakt może prowadzić do wyprysku przewlekłego.
- W **wyprysku z podrażnienia** zmiany powstają na skutek stałego drażnienia skóry słabymi roztworami kwasów, zasad czy detergentów. Powstają ściśle w miejscu kontaktu i zaczynają ustępować natychmiast po zakończeniu kontaktu. Zmiana jest czasowa poprawa w trakcie weekendów i okresów urlopowych [2].
- Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest chorobą uwarunkowaną genetycznie o złożonym i nie do końca poznanym mechanizmie. Czynniki alergiczne i drażniące mogą dodatkowo nasilać zmiany skórne, ale nie są bezpośrednią przyczyną choroby. Lokalizacja na podszewkach stóp jest rzadka i obserwowana głównie u małych dzieci jako tzw. „zimowe stópki” (*winter feet*). Korzystne działanie ekspozycji na słońce powoduje wyraźne nasilenie się zmian w porze zimowo-wiosennej i ustępowanie w lecie. Pomocne w rozpoznaniu jest stwierdzenie innych objawów z kręgu atopii u pacjenta i w jego najbliższej rodzinie [5]. W części przypadków nie udaje się ustalić przyczyny zmian, mówimy wtedy o **idiopatycznym wyprysku rąk i stóp**.
- Poza klasycznym obrazem wyprysku zmiany mogą przybierać charakter masywnej hiperkeratozy z bolesnymi pęknięciami i rozpadlinami, czyli **wyprysku rogowaciejącego (hiperkeratotycznego)** lub okresowo nawracających rzutów dużych pęcherzy w **wyprysku potnicowym (dyshydrotycznym)**.

W zmianach na stopach konieczne jest wykluczenie grzybicy skóry. W leczeniu stosuje się miejscowo kortykosteroidy, w razie lichenizacji dziegciec i ichtiol, w nadmiernym rogowaceniu preparaty keratolityczne. W atopowym zapaleniu skóry pomocne są emolienty i doustne leki przeciwhistaminowe. W cięższych przypadkach stosuje się fototerapię [2].

Łuszczyca krostkowa

Łuszczyca krostkowa traktowana jest wobec łuszczycy zwykłej jako odrębna jednostka chorobowa, choć często oba rodzaje zmian współistnieją u pacjenta, lub łuszczyca zwykła występuje w okresach remisji łuszczycy krostkowej uogólnionej. Postacie ograniczone tej choroby zajmują wyłącznie ręce i stopy. Łuszczyca krostkowa dłoni i stóp tworzy ostro odgraniczone ogniska rumieniowe, w obrębie których raz na kilka-kilkanaście dni dochodzi do wysiewu krost, pomiędzy nimi w ogniskach chorobowych powierzchnia jest gładka lub dominuje złuszczenie (Fot. 2). Zmiany mogą przechodzić na boczne powierzchnie rąk/stóp, gdzie przybierają obraz typowych grudek łuszczycy zwykłej.



Fot. 2 Łuszczyca krostkowa podeszew stóp Źródło: [1]

- W przypadkach bez współistniejących zmian typu łuszczycy zwykłej określa się ją jako „**krostkowicę rąk i stóp**”, a jej przynależność do łuszczycy długo pozostawała kwestią sporną. Choroba ma charakter przewlekły, a ogniska na stopach mogą sprawiać znaczny ból, utrudniając chodzenie. W różnicowaniu należy brać pod uwagę choroby o morfologii wyprysku. Kluczowe jest ustalenie w wywiadzie, że wykwity od początku były wypełnione treścią nieprzejrzystą, ropną, a więc były krostami, a nie pęcherzykami. Obraz histopatologiczny jest identyczny jak w łuszczycy zwykłej z obecnością mikroropni [2, 6].
- **Ropne krostkowe zapalenie skóry palców** to druga ograniczona odmiana łuszczycy krostkowej. Krosty pojawiają się na opuszkach i wałach paznokciowych palców rąk i stóp, początkowo najczęściej jednym kciuku lub paluchu, z czasem powodując stan zapalny i obrzęk paliczek dystalnych, dystrofię płytek paznokciowych i osteolizę kości paliczek w badaniu radiologicznym. Chory może odczuwać świąd lub ból zajętych palców. W rozpoznaniu różnicowym bierze się pod uwagę zanokcicę bakteryjną i wirusową oraz przewlekłą infekcję drożdżakową. W obu postaciach stosuje się miejscowe i ewentualnie ogólne leczenie jak w łuszczycy zwykłej [7].

Łupież rumieniowy

Choroba zakaźna, występująca częściej u mężczyzn, wywołana przez *Propionibacterium minutissimum*. Zmiany zlokalizowane są w fałdach skórnych, typowo w obrębie pachwin. Mają

charakter plam rumieniowo-żółszczyjących brunatno-czerwonej barwy, ostro odgraniczonych, ale bez nasilenia na obwodzie. Zazwyczaj nie dają subiektywnych dolegliwości. Niekiedy zmiany występują także w przestrzeniach międzypalcowych stóp, co może imitować grzybicę międzypalcową. W leczeniu stosuje się miejscowo preparaty imidazolowe i erytromycynę, w opornych przypadkach także erytromycynę doustnie [6].

| Neurodermit ograniczony

Neurodermit ograniczony, czyli liszaj prosty przewlekły, to schorzenie o nieustalonej etiologii. Niektórzy postulują związek z predyspozycją atopową. Istotą choroby jest obniżony próg świądowy i napadowy, silny świąd zmuszający do drapania, stale powtarzający się w tym samym miejscu. Z czasem rozwija się dość ostro ograniczone brunatno-czerwone ognisko chorobowe z lichenizacją (pogrubieniem i wzmożeniem rysunku poltekowania skóry) oraz złuszczeniem, co odpowiada kryteriom klinicznym przewlekłego wyprysku. Zmiany zwykle pojedyncze, rzadko mnogie, powstają w miejscach często pocieranych/drapanych na ciele (kark, powieki, genitalia, odsiebne części kończyn), w tym bardzo często na grzbietach stóp, często asymetrycznie tylko po jednej stronie. Napadowy świąd poprzedzający widoczne zmiany na skórze jest cechą patognomoniczną. W leczeniu stosuje się leki uspokajające, przeciwświądowe, miejscowo dziegacie i silne kortykosteroidy [2, 7].

| CHOROBY GRUDKOWE I GRUDKOWO-ZŁUSZCZAJĄCE

| Łuszczyca zwykła rąk i stóp

Stanowi bardzo rzadki wariant kliniczny łuszczycy zwykłej. Choroba ta o niedawno udowodnionej etiologii autoimmunologicznej występuje u 2-4% osób w populacji rasy kaukaskiej w klimacie umiarkowanym. Wykwitem pierwotnym jest czerwono-brunatna grudka pokryta srebrzystą łuską. Pomocny w rozpoznaniu choroby jest objaw Kóbnera, czyli tworzenie się grudek łuszczycowych na skórze w aktywnej chorobie około 10 dni po skaleczeniu/zadrapaniu. Grudki mają tendencję do obwodowego szerzenia i zlewania, czasem ustępowania samostnego w części centralnej, co w połączeniu z różną lokalizacją zmian u poszczególnych chorych daje bogactwo obrazów klinicznych. Łuszczyca zwykła najczęściej zajmuje kolana, łokcie, okolice krzyżową i skórę owłosioną głowy.

Łuszczyca zwykła rąk i stóp to bardzo rzadka odmiana kliniczna łuszczycy zwykłej z występowaniem grudek łuszczycowych na dłoniach i podeszwach stóp, ponieważ korzystne działanie ekspozycji na światło słoneczne sprawia, że zmiany nie tworzą się zazwyczaj na skórze odświeżonej. W różnicowaniu należy brać pod uwagę szereg chorób, w tym grzybicę, wyprysk, liszaj płaski i kiłę nawrotową. Rozpoznanie ustala się na podstawie obrazu klinicznego, w wątpliwych przypadkach rozstrzyga badanie histologiczne. Leczeniem z wyboru są miejscowo antralina i kortykosteroidy, fototerapia, w ciężkich, opornych przypadkach ogólnie metotreksat, acytretyna lub cyklosporyna A [2].

| Liszaj płaski

Zwany również liszajem czerwonym lub liszajem Wilsona. To schorzenie o prawdopodobnej etiologii autoimmunologicznej i wielu odmianach klinicznych. Klasyczna postać charakteryzuje się obecnością na skórze wielobocznych płaskowyniosłych grudek, barwy od różowej po ciemnobordową lub ciemnofioletową, połyskujących w świetle bocznym, z tendencją do skupiania się, ale nie całkowitego zlewania. Podobnie jak w łuszczycy, może występować objaw Kóbnera. Zmiany skórne są zazwyczaj silnie swędzące. Lokalizują się symetrycznie, głównie w obrębie nadgarstków i stawów skokowych stóp, w postaci wysiewnej na całym ciele. Towarzyszą im często białe plamiste, siateczkowate, smugowate lub drzewkowate przebarwienia na błonach śluzowych jamy ustnej, głównie policzków, które zazwyczaj nie dają dolegliwości subiektywnych, więc pacjenci nie są świadomi ich istnienia. Mogą występować również zmiany paznokciowe, najbardziej typowe jest podłużne pobrudzowanie.

W **odmianie przerosłej** przerosłe grudki o hiperkeratotycznej powierzchni zlewają się w większe ogniska pokryte obfitą łuską, zacierającą strukturę poszczególnych grudek. Zmiany są bardzo silnie swędzące, lokalizują się na podudziach i grzbietach stóp. Wymagają różnicowania z neurodermitem ograniczonym i ogniskami wtórnej lichenizacji (Fot. 3).



Fot. 3 Liszaj płaski Źródło: [1]

W liszaju płaskim dłoni i podeszew stóp również występują zlewne ogniska brodawkujących, hiperkeratotycznych grudek pokrytych grubą, żółtawą warstwą rogową. Zmiany występują na dłoniach i podeszwach stóp, na bocznych powierzchniach i w miejscach ucisku z tworzeniem nadżerek i owrzodzeń oraz znaczną bolesnością, co prowadzi do inwalidztwa. Obraz kliniczny nie przypomina liszaja płaskiego i wymaga różnicowania z nagniotkami, modzelami, brodawkami wirusowymi, grzybicą złuszczejącą i wypryskiem rogowaciejącym. W wątpliwych przypadkach o rozpoznaniu liszaja płaskiego decyduje badanie histopatologiczne i immunofluorescencyjne wycinków ze zmian. W leczeniu stosuje się kortykosteroidy miejscowo i ogólnie, inne leki immunosupresyjne, retinoidy i fototerapię [7].

| Rumień wielopostaciowy wysiękowy

Charakterystyczna, choć niespecyficzna względem czynnika wywołującego reakcja układu odpornościowego w odpowiedzi na infekcje wirusowe, bakteryjne i stosowane leki. W obrębie

jednostki chorobowej wyodrębnia się kilka odmian klinicznych, różniących się stopniem ciężkości przebiegu:

- **postać łagodna (mniejsza)** wyłącznie z rozszanymi zmianami skórnymi, głównie na odsiebnych częściach kończyn;
- **postać ciężka (większa)** z towarzyszącymi zmianami na błonach śluzowych;
- **zespół Stevensa-Johnsona** z dominującym zajęciem śluzówek oraz zmianami skórnymi głównie na tułowie i twarzy;
- **toksyczna nekroliza naskórka**, gdzie w obrębie skóry dochodzi do powstania zlewnych rumieni i spękania naskórka jak w oparzeniach drugiego stopnia na ponad 30% powierzchni ciała. Choroba zaczyna się nagle wysoką temperaturą, bólami mięśniowymi i stawowymi, które w postaci łagodnej ustępują po kilku dniach, podczas gdy zmiany skórne utrzymują się kilka tygodni. Pierwsze wykwity pojawiają się często na rękach i stopach, w postaciach poronnych mogą to być jedyne zmiany. Mają charakter sinoczerwonych wykwitów rumieniowo-obrzękowych, dobrze odgraniczonych od otoczenia, ciemniejszych w części centralnej, jaśniejszych na obwodzie, niekiedy z pęcherzem w części centralnej lub elementami krwotocznymi. Często wykwity porównywane są do tarcz strzelniczych. Mogą szerzyć się obwodowo, wykazując skłonność do tworzenia koncentrycznych figur i obrączek. Zwykle nie dają dolegliwości subiektywnych. Lokalizacja jest symetryczna, głównie na odsiebnych częściach kończyn, po obu stronach rąk i stóp. Bardzo liczne zmiany często ustępują z masywnym złuszczeniem naskórka z całej powierzchni rąk i stóp (złuszczenie typu „skarpetek i rękawiczek”) (Fot. 4). Towarzyszące wykwitom skórnym zmiany na błonach śluzowych mają charakter stanu zapalnego i nadżerek. Lokalizują się głównie w jamie ustnej i na wargach. Nadżerki pokryte są charakterystycznymi krwotocznymi strupami. Zmianom na spojówkach mogą towarzyszyć ciężkie powikłania oczne. Rozpoznanie ustala się na podstawie obrazu klinicznego. Leczenie zależy od stopnia ciężkości choroby i czynnika wywołującego [7].



Fot. 4 Zespół Stevensa-Johnsona – masywne złuszczenie podeszew stóp Źródło: [1]

stóp przy masywnym rogowaceniu mogą też przypominać modzele z odczynem zapalnym. Nie dają dolegliwości subiektywnych, wyjątkowo nieco swędzące. Rozpoznanie można



Fot. 5 Ziarniniak obrączkowy Źródło: [1]

ustalić na podstawie badań serologicznych w kierunku kiły, a leczeniem z wyboru jest penicylina. Konieczne jest ustalenie i leczenie partnerów seksualnych [9, 10].

| Ziarniniak obrączkowy

Dość rzadkie schorzenie występujące kilka razy częściej u osób z cukrzycą, ale 90% chorych z ziarniniakiem obrączkowym nie ma cukrzycy, niekiedy choroba prowokowana jest lekami. Etiopatogeneza pozostaje nieznana. Twarde, nieco wyniosłe grudki barwy skóry lub lekko różowe, układają się obrączkowo lub festonowato, w postaci wysiewnej rozsiane pojedynczo, nie ulegają rozpadowi, ustępują bez pozostawienia blizny. Lokalizują się głównie na grzbietach rąk i stóp, poza tym mogą pojawiać się na całym ciele (Fot. 5). Nie dają dolegliwości subiektywnych. Przebieg

przewlekły, zmiany mogą ustępować samoistnie. W leczeniu pierwszego rzutu stosuje się miejscowo silne kortykosteroidy i krioterapię [8].

| Kiła

Bakteryjna choroba zakaźna przenoszona drogą płciową wywoływana przez krętka bladego. Obraz kliniczny jest wielosymptomatyczny, a przebieg choroby można podzielić na kilka stadiów. W kile wczesnej drugorzędowej występują okresy osutek nawrotowych, przedzielane okresami bezobjawowymi. Niekiedy jedyną lokalizacją tych osutek są podeszwy stóp i/lub dłonie. Zmiany mają charakter rozszanych, dość dużych, płaskich, brunatno- lub sinoczerwonych grudek o powierzchni gładkiej, przypominającej rumień wielopostaciowy lub o powierzchni złuszczonej, co imituje grudki łuszczykowe. Na podeszwach

stóp przy masywnym rogowaceniu mogą też przypominać modzele z odczynem zapalnym. Nie dają dolegliwości subiektywnych, wyjątkowo nieco swędzące. Rozpoznanie można

| CHOROBY PRZEBIEGAJĄCE Z HIPERKERATOZĄ

| Brodawki wirusowe

Zmiany o etiologii wirusowej wywoływane przez wirusy brodawczaka ludzkiego HPV (*human papilloma virus*). Znamy ponad 100 typów wirusa HPV, które mogą infekować różne nabłonki i naskórek ludzkiego organizmu, powodując wiele chorób. Brodawki stóp to hiperkeratotyczne grudki, zazwyczaj koloru skóry lub nieco jaśniejsze, wielkości kilku do kilkunastu milimetrów, o brodawkującej powierzchni, niekiedy mają

charakterystyczne czarne punkciki, będące mikrozakrzepami krwi w przerostłych pętłach naczyń włosowatych. Mogą być pojedyncze lub mnogie, zlokalizowane zarówno na podszewach, jak i grzbietach stóp, palcach, w szczególności na wałach paznokciowych. Zazwyczaj nie dają dolegliwości subiektywnych, jednakże duże brodawki na podszewie stopy i brodawki okołopaznokciowe mogą być bolesne. Zdecydowanie częściej występują u dzieci niż u dorosłych. Przebieg przewlekły, lecz w ciągu kilku lat większość ustępuje samoistnie. Wyróżniamy dwa rodzaje brodawek stóp. Brodawki myrmecia – wywoływane przez wirusy HPV 1 – są duże, pojedyncze, bolesne, głęboko wnikające w skórę i powodujące odczyn zapalny, zazwyczaj ustępują trwale, wymagają różnicowania z nagniotkami (odciskami). Brodawki mozaikowe wywoływane przez HPV 2 – ten sam wirus, który wywołuje brodawki zwykle na rękach, są powierzchniowe, drobne, bardzo liczne, zwykle niebolesne, często nawracają po ustąpieniu. W leczeniu stosuje się różne zabiegi miejscowe, w tym preparaty keratolityczne i kriodestrukcyjne. Obecność wirusa w pozornie zdrowym naskórku może powodować szybki nawrót brodawek po leczeniu [2, 11].

| Nagniotki i modzele

Rozwijają się niemal wyłącznie u osób dorosłych.

- **Modzele** to słabo odgraniczone od otoczenia ogniska nadmierne rogowacenia o różnej wielkości, bez czopa rogowego. Są niebolesne, powstają w wyniku przewlekłego ucisku lub tarcia skóry, na stopach najczęściej w wyniku noszenia ciasnego obuwia lub nieprawidłowości anatomicznych stóp. Mogą być też zlokalizowane na dłoniach, kolanach, łokciach.
- **Nagniotki** (inaczej odciski) to kilkumilimetrowe hiperkeratotyczne grudki z rdzeniem rogowym w części centralnej, który uciskając tkanki miękkie, powoduje dużą bolesność. Niekiedy w otoczeniu rozwija się stan zapalny. Występują praktycznie wyłącznie na stopach w obrębie podszew, często też w przestrzeniach międzypalcowych. Przyczyną są nieprawidłowe obuwie i ostrogi kostne. Przebieg wybitnie przewlekły. W leczeniu stosuje się preparaty keratolityczne, kriodestrukcyjne, ścieranie mechaniczne, usunięcie chirurgiczne. Jeżeli nie usunie się przyczyny tworzenia nagniotków, zmiany nawrócą [2].

| Rogowiec dłoni i stóp

Niejednorodna grupa rzadkich schorzeń, polegająca na pogrubieniu warstwy rogowej naskórka dłoni i podszew stóp w przebiegu zaburzeń metabolizmu naskórka i procesu keratynizacji. Klinicznie wyróżniamy rogowiec rozlany i rogowiec rozsiany. W rogowcu rozlanym cały naskórek dłoni i podszew stóp jest symetrycznie pogrubiały, twardy, woskowożółty, z obecnością bruzd, pęknięć i bolesnych rozpadlin (Fot. 6). Granica rogowacenia ze skórą zdrową jest bardzo wyraźna, niekiedy z obwódką stanu zapalnego. W rogowcu rozsianym na dłoniach i podszewach stóp występują rozsiane okrągłe, hiperkeratotyczne ogniska przypominające nagniotki lub brodawki wirusowe.

Opisano wiele chorób wrodzonych przebiegających z rogowcem dłoni i podszew stóp. Zmiany mogą rozwijać się wkrótce po urodzeniu lub w wieku późniejszym, niekiedy dopiero w wieku dorosłym. Rogowcom mogą towarzyszyć ogniska rogowacenia w innych miejscach (kolana, łokcie), różne zaburzenia ektodermalne lub uogólnione nadmierne rogowacenie (tzw. rybie łuski). Rogowce mogą mieć też charakter nabyty w przebiegu wielu czynników: klimakteryczny, w wyprysku kontaktowym, paraneoplastyczny, w stanach wyniszczenia (niedobór wit. A), w łuszczycy, erythrodermiach różnego pochodzenia, przewlekłym zatruciu arsenem (rogowacenie arsenowe) [2].



Fot. 6 Rogowiec rąk i stóp – postać zlewna Źródło: [1]

| INNE WYBRANE SPECYFICZNE CHOROBY NA STOPACH

| Obumieranie tłuszczowate

Bardzo rzadka jednostka chorobowa, spokrewniona z ziarninakiem obrączkowym, cztery razy częstsza u kobiet. Wyraźnie związana jest z cukrzycą, choć 40% chorych nie ma zaburzeń glikemii. Zmiany to dobrze odgraniczone naciekowe czerwonobrunatne ogniska o pomarańczowym odcieniu z zanikiem w części centralnej, widocznymi naczyniami krwionośnymi i zapalnym brzegiem, rzadziej powierzchniowym rozpadem lub złuszczeniem, bardzo powoli szerzące się obwodowo. Prawie zawsze lokalizują się w obrębie przedniej powierzchni

podudzi, ale w wybranych przypadkach mogą znajdować się na grzbietach stóp. Przebieg przewlekły, bez dolegliwości subiektywnych. Rozpoznanie kliniczne wymaga potwierdzenia badaniem histopatologicznym. Leczenie jest trudne [7].

| Bielactwo nabyte

Stanowi chorobę o domniemanej etiologii autoimmunologicznej, zaliczana jest morfologicznie do zaburzeń barwnikowych skóry. Zmiany mają charakter plam pozbawionych naturalnego barwnika skóry – melaniny, niekiedy z widoczną obwódka przebarwienia. Liczba, wielkość i lokalizacja zmian mogą być rozmaite. Nie dają dolegliwości subiektywnych, poza tym, że skóra w miejscu zmian łatwo ulega oparzeniom słonecznym, a przebieg jest przewlekły. Niekiedy zmiany ustępują samoistnie. Zmiany na skórze odsłoniętej, w tym często na grzbietach stóp, charakteryzują się większą opornością na leczenie. Podstawową metodą leczniczą pozostaje fototerapia [2].

| Zmiany melanocytowe na stopach

Istotne jest rozróżnienie znamion melanocytowych łagodnych od czerniaka złośliwego. Znamiona melanocytowe powstają zazwyczaj w dzieciństwie lub wieku dojrzewania, są częste, pojedyncze lub jest ich kilka, głównie na podeszwie stopy, kilkumilimetrowe, okrągłe lub owalne, dość jednolitej barwy jasno- do ciemnobrązowej, o gładkiej, płaskiej lub lekko wyniosłej powierzchni, w dojrzałym wieku mogą samoistnie zanikać. Na istnienie czerniaka złośliwego może wskazywać pojawienie się zmiany w średnim lub starszym wieku, lokalizacja na piętach lub palcach stóp, pojedyncza zmiana odrębna niż pozostałe: nieregularny kształt, barwa czarna lub wielobarwność, duży rozmiar, guzkowa powierzchnia. W badaniu dermatoskopowym zmian melanocytowych na podeszwach stóp (skórze nieowłosionej) stosuje się inne kryteria oceny niż w przypadku zmian na tułowiu i pozostałych obszarach kończyn.

- **Czerniak akralny** wywodzący się ze złośliwej plamy soczewicowatej ALM (*melanoma acrolentiginosum*) stanowi około 5% czerniaków u rasy białej, natomiast w przypadku Azjatów i czarnej blisko 70% (jest to spowodowane nie tyle wyjątkową wysoką częstością ALM, ale znacznie rzadszym występowaniem pozostałych odmian czerniaka). ALM powstaje w starszym wieku, początkowo jako nieregularna plama barwnikowa, na rękach i stopach, głównie okołopaznokciowo na kciuku i paluchu, rzadziej w innych lokalizacjach, zarówno na dłoni/podeszwie, jak i grzbietowej stronie rąk i stóp. Po 1-3 latach dochodzi do powstania guzków, owrzodzenia, krwawienia, destrukcji płytki. Przerzuty daje relatywnie późno [12].
- **Wynacznienia do warstwy rogowej naskórka** pod wpływem drobnych urazów, jak mocny ucisk, uszczyplenie w obrębie podeszwy stóp i pięty wobec braku podskórnej tkanki tłuszczowej i grubej warstwy rogowej nie ulegają wchłonięciu ani nie mogą szybko ulec złuszczeniu. Powstała z krwi hemosyderyna tworzy przewlekłe ciemnobrunatne punkty i plamy imitujące znamiona barwnikowe lub czerniaka złośliwego.

Zmiany dotyczą najczęściej sportowców („czarna pięta”) i muzyków. W przypadkach wątpliwych może być konieczne badanie histopatologiczne. Zmiany nie wymagają leczenia, po dłuższym okresie samoistnie ulegną złuszczeniu [13].

- **Rak brodawkujący podeszwy stopy** (*carcinoma cuniculatum*) to wysokozróżnicowany rak kolczystokomórkowy, zlokalizowany wyłącznie na podeszwach stóp. Jest prawdopodobnie indukowany infekcją HPV i/lub urazami. Zmiana ma charakter początkowo drobnego, hiperkeratotycznego guzka, który z czasem zaczyna się powiększać i staje się bolesny. W obrębie dużego egofitycznego guza stwierdza się liczne szczeliny, treść ropną, owrzodzenie lub krwawienie. Późne, szybko rosnące, inwazyjne stadium może przypominać czerniaka bezbarwnikowego lub akralnego. Rozstrzyga badanie histologiczne, a leczenie polega na wycięciu chirurgicznym [14].

| PODSUMOWANIE

Choroby dermatologiczne na stopach mogą mieć różnorodną przyczynę i morfologię. Ten sam obraz kliniczny może dotyczyć kilku jednostek chorobowych, a jednocześnie jedna choroba może występować w kilku odmianach klinicznych. Dlatego również istotne są wywiad i badania dodatkowe. Prawidłowa diagnoza warunkuje wybór leczenia. Brak lub nieskuteczne leczenie zmian na podeszwach stóp może prowadzić do znacznego dyskomfortu chorego, a przeoczenie wczesnych złośliwych zmian do znacznie poważniejszych konsekwencji.

| LITERATURA

1. I. Żelazny, R. Nowicki, M. Majkovic, M. Samet: *Jakość życia w chorobach skóry*, Przew Lek, 9, 2004, 60-65.
2. S. Jabłońska, S. Majewski: *Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową*, Wyd. PZWL, Warszawa 2005.
3. D. Nowicka: *Dermatologia*, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2007.
4. E. Baran: *Zarys mikologii lekarskiej*, Wyd. Volumed, Wrocław 1998.
5. B. Bartkiewicz, M. Dudra-Jastrzębska, I. Jazienicka: *Wybrane dermatozy wieku dziecięcego*, Nowa Padiatria, 2, 2006, 51-56.
6. F. Wąsik, E. Baran, J. Szepietowski: *Zarys Dermatologii Klinicznej*, Wyd. Volumed, Wrocław 1995.
7. W.H.C. Burgdorf, G. Plewig, H.H. Wolff, M. Landthaler (red.): *Dermatologia Braun-Falco*, Wyd. Czelej, Lublin 2010.
8. Z. Adamski, A. Kaszuba (red.): *Dermatologia dla kosmetologów*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2008.
9. S. Jabłońska: *Choroby weneryczne*, Wyd. PZWL, Warszawa 1967.
10. T.F. Mroczkowski (red.): *Choroby przenoszone drogą płciową*, Wyd. PZWL, Warszawa 1998.
11. M. Miklaszewska, F. Wąsik (red.): *Dermatologia Pediatryczna*, Wyd. Volumed, Wrocław 1999.
12. P.T. Bradford, A.M. Goldstein, M.L. McMaster, M.A. Tucker: *Acral Lentiginous Melanoma: Incidence and Survival Patterns in the United States, 1986-2005*, Archives of Dermatology, 145, 2009, 427-434.
13. B. Lauritz: *Dermatoses of the feet*, Am J Clin Dermatol., 1, 2000, 181-186.
14. P.H. McKee, J.D. Wilkinson, M.M. Black, I.W. Whimster: *Carcinoma (epithelioma) cuniculatum: a clinico-pathological study of nineteen cases and review of the literature*, Histopathology, 5, 1981, 425-436.

| FOTOGRAFIE

1. Archiwum Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, ul. Tytuśa Chałubińskiego 1, 50-368 Wrocław