

Najczęstsze problemy dermatologiczne w otyłości

The most common dermatological problems in obesity



Kosmetologia
/ nauka

STRESZCZENIE

Otyłość według Światowej Organizacji Zdrowia WHO (*World Health Organization*) definiowana jest jako patologiczne nagromadzenie tkanki tłuszczowej w organizmie przekraczające jego fizjologiczne potrzeby i możliwości adaptacyjne. Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) stanowi jednostkę chorobową ICD-10 jako istotny czynnik ryzyka dla wielu chorób. Oprócz powszechnie znanych schorzeń internistycznych otyłość może prowadzić do wystąpienia zmian skórnych, które niejednokrotnie bagatelizowane przez lekarza stają się realnym problemem pacjenta. Skóra pacjenta otyłego ma zaburzoną barierę ochronną, nieprawidłowe wydzielanie gruczołów łojowych i potowych, upośledzone krążenie kapilarne, zmiany w strukturze i funkcji kolagenu oraz zaburzone gojenie się ran.

Najczęstsze problemy skórne towarzyszące otyłości to rogowacenie ciemne, rozstępy skórne, hiperkeratoza, przewlekła niewydolność żylna, obrzęki limfatyczne, wyprzenia.

O ile część z nich stanowi jedynie problem estetyczny, o tyle niektóre są przyczyną poszukiwań chorób układowych.

W artykule przedstawiono główne problemy dermatologiczne pacjentów z otyłością. Opracowanie powstało na podstawie analizy piśmiennictwa medycznych baz danych oraz doświadczeń własnych.

Słowa kluczowe: skóra, otyłość, rogowacenie ciemne, rozstępy, wyprzenia, przewlekła niewydolność żylna

ABSTRACT

Obesity, defined by World Health Organization WHO as a medical condition in which excess body fat has accumulated to the extent that it may have an adverse effect on health and it is a risk factor of many diseases, is a disease by itself (included in ICD-10).

Beside well-known internal problems it also may lead to dermatosis, which unfortunately ignored by physicians are a real problem for patients. Obesity is responsible for changes in skin barrier function, sebaceous glands and sebum production, sweat glands, lymphatics, collagen structure and function, wound healing, microcirculation and macrocirculation, and subcutaneous fat. The most common dermatological manifestation of obesity are acanthosis nigricans, striae distense, hiperkeratosis, chronic venous insuffitientia, lymphoedema, intertrigo. Some of them are only esthetic problems, but the others should be a reason for searching a severe internal disease.

The aim of this publication is presentation of most common dermatological problems in obesity based on medical data bases and own experience.

Key words: skin, obesity, acanthosis nigricans, striae, chronic venous insufficiency

KATARZYNA KOŻUCH-SAJDAK

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych
Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego

Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

ul. Borowska 213, Wrocław, tel. +48 71 736 40 20

e-mail: katarzyna.kozuchsajdak@gmail.com

otrzymano / received:

???.???.201?

poprawiono / corrected:

???.???.201?

zaakceptowano / accepted:

???.???.201?

Problem otyłości i nadwagi występuje coraz częściej w praktyce lekarskiej, zarówno szpitalnej, jak i w poradniach, wśród pacjentów we wszystkich przedziałach wiekowych. Światowa Organizacja Zdrowia WHO przewiduje, że nadwaga i otyłość mogą wkrótce zastąpić problemy zdrowotne takie jak niedożywienie czy choroby zakaźne jako przyczyny pogorszenia się stanu zdrowia [1]. Otyłość sama w sobie stanowi rozpoznanie i widnieje w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10 – kod E66) [2], może też towarzyszyć i predysponować do różnych chorób internistycznych, jak choroby układu krążenia, cukrzyca typu 2, bezdech senny, które przyczyniają się do skrócenia oczekiwanej długości życia [3]. Otyłość implikuje problemy skórne takie jak rogowacenie ciemne, rogowacenie mieszkowe, nadmierne wydzielanie androgenów u kobiet (hyperandrogenizm) i nadmierne owłosienie typu męskiego (hirsutyzm), rozstępy skórne, znaczne pogrubienie warstwy rogowej naskórka związane z nadmiernym rogowaceniem (hiperkeratoza), tłuszczakowatość bolesna (choroba Dercuma), redystrybucja tkanki tłuszczowej, zapalenie tkanki łącznej podskórnej (cellulit), zespół pozakrzepowy kończyn dolnych, obrzęki limfatyczne, zapalenie mieszków włosowych, wyprzenia, infekcje skórne, łuszczyca [4]. Najmniejszą uwagę przywiązuje się w otyłości właśnie do problemów skórnych, które nie tyle stanowią estetyczny problem dla pacjenta, co mogą skłonić do poszukiwania choroby układowej (zespoły paraneoplastyczne).

Celem pracy było przedstawienie kilku wybranych popularnych dermatoz związanych z nadwagą i otyłością na podstawie analizy baz medycznych i doświadczeń własnych.

NADWAGA I OTYŁOŚĆ A SKÓRA

Otyłość to według WHO patologiczne nagromadzenie się tkanki tłuszczowej w organizmie przekraczające jego fizjologiczne potrzeby i możliwości adaptacyjne mogące negatywnie wpływać na zdrowie oraz skracające oczekiwaną długość życia [3]. Jest często wyrażona wskaźnikiem masy ciała BMI (*Body Mass Index*). BMI uzyskuje się na podstawie podzielenia masy ciała w kilogramach przez wzrost w metrach do kwadratu; nadwagę oznacza wartość BMI powyżej 25kg/m², a otyłość powyżej 30kg/m². W 1997 roku WHO oficjalnie ogłosiło otyłość epidemią światową [5], a obecnie Ogden i in. wskazuje, iż nawet ponad dwie trzecie Amerykanów cierpi na otyłość [6].

Otyłość jest odpowiedzialna za zmiany w ochronnej funkcji skóry (skóra jako bariera), nieprawidłowe funkcjonowanie gruczołów łojowych i nadmierne wydzielanie łoju oraz potu, zaburzenia przepływu w naczyniach limfatycznych i żylnych, przyleganie fałdów skórnych, upośledzone gojenie ran, zaburzenia w budowie i funkcjonowaniu kolagenu [4]. Ponadto otyłość wiąże się z podwyższonymi wartościami hormonów płciowych męskich (androgenów), insuliny (zjawisko insulinooporności), hormonów wzrostu oraz insulinopodobnych czynników wzrostu IGF (*Insulin-like Growth Factor*) [7], a także z zaburzeniem wytwarzania leptyny – hormonu wytwarzanego przez podskórną tkankę tłuszczową działającego na receptory m.in. w podwzgórzcu, mogącego powodować niezaspokojone uczucie głodu.

DERMATOZY ZWIĄZANE Z OTYŁOŚCIĄ

W artykule przedstawiono wybrane problemy dermatologiczne towarzyszące otyłości: rogowacenie ciemne, rozstępy skórne, wyprzenia mechaniczne, drożdżakowe i bakteryjne, przewlekłą niewydolność żylną.

• ROGOWACENIE CIEMNE (*acanthosis nigricans*)

Występuje kilka typów rogowacenia ciemnego:

- rogowacenie związane z otyłością (*pseudoacanthosis*);
- rogowacenie ciemne związane z konkretną jednostką chorobową (hiperinsulinomią, zespołem Cushinga, zespołem policystycznych jajników, lipodystrofią);
- łagodne rogowacenie ciemne, rogowacenie wywołane lekami (rzadkie, indukowane np. kwasem nikotynowym, insuliną, kortykosterydami i hormonami tarczycy), dziedzicznym łagodnym rogowaceniem ciemnym (autosomalnym dominującym, pojawiającym się niezależnie od wieku), złośliwym rogowaceniem ciemnym (zespół paraneoplastyczny towarzyszący najczęściej nowotworom przewodu pokarmowego, zwłaszcza żołądka) oraz typem mieszanym rogowacenia ciemnego (pacjent z jednym typem rogowacenia, u którego pojawiają się kolejne zmiany z innej przyczyny, np. otyły pacjent z nową zmianą rozwiniętą w postaci złośliwej [8, 9].

Zmiany te lokalizują się w fałdach skórnych – pachowych, pachwinowych oraz na skórze karku (Fot. 1). Charakteryzują się hiperpigmentacją i hiperkeratozą skóry i są najpopularniejszą dermatozą towarzyszącą otyłości. Często towarzyszą im zmiany włókniakowate, świąd. Znacznie rzadsza jest postać złośliwa rogowacenia ciemnego, która jednak wymaga dokładnej i pogłębionej diagnostyki w kierunku nowotworu przewodu pokarmowego [8].



Fot. 1. Rogowacenie ciemne

Źródło: [1]

• ROZSTĘPY SKÓRNE (*striae distensae*)

Rozstępy skórne są częstym problemem dermatologicznym i estetycznym pacjentów otyłych, kobiet w okresie ciąży i po porodzie, osób przewlekłe leczonych glikokortykosteroidami oraz młodzieży w wieku pokwitaniowym [10]. Najczęściej pojawiają się na skórze brzucha, pośladków, piersi (szczególnie u ciężarnych), wewnętrznych i zewnętrznych powierzchniach ud, ramionach. Rzadko wiążą się z chorobą układową. Rozstępy są podłużnymi, wrzecionowatymi zmianami skórnymi tworzącymi się na skutek rozciągania się skóry i zrywania włókien kolagenu. Pierwotnie przyjmują kolor żywoczerwony (rubra), co wiąże

się z ubytkiem komórek tłuszczowych, elastolizą, zmianami strukturalnymi kolagenu, obrzękiem skóry. Z czasem rozstępy bledną (kolor perłowy – alba), co wynika z atrofii epidermalnej i wiąże się m.in. z utratą przydatków skóry. Rozstępy nie znikają samoistnie, obecnie stosuje się techniki zachowawcze i inwazyjne usuwania rozstępów [11].

• WYPRZENIA (*Intertrigo*)

Wyprzenie oznacza dosłownie „tarcie pomiędzy” i odnosi się do ostrego stanu zapalnego skóry o różnej etiologii pojawiającego się, gdy dwa fałdy skórne trą o siebie. Najważniejszym czynnikiem ryzyka powstania wyprzeń jest otyłość, a także (często jej towarzysząca) cukrzyca. W fałdach stykającej się skóry dochodzi do zmniejszonego odparowywania potu (wyprzenie mechaniczne), wtórnej infekcji grzybiczej (częste wyprzenia drożdżakowe) oraz infekcji bakteryjnej (wyprzenie bakteryjne). Występuje najczęściej w fałdach pomiędzy skórą piersi i tułowia, pomiędzy fałdami skóry brzucha, czasem także w okolicy pachwin oraz ud (Fot. 2). Dużo poważniejszym stanem jest wyprzeniowe zapalenie skóry, kiedy dochodzi do przewleknięcia się nadkażenia w fałdach skóry [9, 12].



Fot. 2. Rozpoznanie grzybicy fałdów skórnych, czyli wyprzeniowych postaci kandydozy
Źródło: [11]



Fot. 3. Łupież rumieniowy w fałdach skóry
Źródło: [111]

Specyficzne infekcje wiążą się z nadkażeniami konkretnymi patogenami: wyprzenie drożdżakowe, zmiany swędzące, z drobnymi krostkami peryferyjnymi na niezmięnionej skórze wokół, łupież rumieniowy wywołany przez wyprzenie bakteryjne florą skórną, przetrwałe brązowe przebarwienia, zapalenie mieszków włosowych wywołane przez różnorodne bakterie, najczęściej *Staphylococcus aureus* – bolesne krosty wypełnione treścią ropną na czerwonej podstawie umiejscowione w centrum mieszków włosowego. Znaczenie w leczeniu zmian oprócz redukcji masy ciała i leczenia przyczynowego przeciwbakteryjnego i przeciwgrzybiczego ma także osuszanie i higiena fałdów skórnych [13].

PRZEWLEKŁA NIEWYDOLNOŚĆ ŻYLNIA

Otyłość jest jednym z czynników przewlekłej niewydolności żyłnej CVI (*Insufficiencia Venorum Chronica*) ze względu na zwiększone ciśnienie wewnątrzbrzuszne. W ultrasonograficznym badaniu przepływu krwi – USG Doppler wykazano poszerzenie naczyń żylnych u pacjentów otyłych w porównaniu do pacjentów z prawidłową masą ciała [14]. Początkowo niewydolność żylna objawia się występowaniem żylaków i teleangiektazji, z czasem występuje obrzęk odwracalny, a następnie stały obrzęk kończyn dolnych („nogi fortepianu”). Przebarwienia rdzawo brązowe, ogniska zaniku białego, stwardnienie skórno-tłuszczowe są głównymi objawami skórnymi. Na dalszych etapach postępowania niewydolności żyłnej może dojść do owrzodzenia podudzi, typowo w 1/3 dalszej części goleni po stronie przyśrodkowej, a w następstwie na całym obwodzie. Owrzodzenia żyłne podudzi powinny być leczone w ośrodkach flebologii. Owrzodzenia żyłne należy różnicować ze zmianami cukrzycowymi na kończynach dolnych („stopy cukrzycowe”), które to zmiany wynikają z uszkodzenia naczyń tętniczych i neuropatii.



Fot. 4. Stadia przewlekłej niewydolności żyłnej
Źródło: [14]

PODSUMOWANIE

Dermatologiczne aspekty związane z otyłością (rogowacenie ciemne, rozstępy, wyprzenia o różnej etiologii, przewlekła niewydolność żylna z obrzękami kończyn dolnych) stanowią ważny aspekt całościowego spojrzenia na pacjenta internistycznego. Otyłość jako światowa epidemia wiążąca się z występowaniem dodatkowych chorób jest problemem interdyscyplinarnym i wielospecjalistycznym oraz nierzadko związanym z trudnościami w relacji lekarz-pacjent. Niemniej jednak ważne jest, by pamiętać także o wykorzystaniu możliwości, jakie niesie ze sobą współczesna dermatologia i nie bagatelizować estetycznych problemów pacjentów internistycznych.

LITERATURA

1. J.S. Flier, E. Maratos-Flier: *Biology of obesity* [in:] D.L. Longo et al.: *Harrison's Principles of Internal Medicine*, New York: McGraw-Hill, 1, 2012, 622–629.
2. www.icd10.pl/index4.php.
3. D.W. Haslam, W. P. James: *Obesity*, Lancet, 9492 (366), 2005, 1197–2009.
4. G. Yosipovitch, A. DeVore, A. Dawn: *Obesity and the skin: skin physiology and skin manifestations of obesity*, J.Am.Acad.Dermatol, 2007, 56(6), 901–920.
5. B. Caballero: *The global epidemic of obesity: An overview*, Epidemiol Rev, 29, 2007, 1–5.
6. <http://frac.org/initiatives/hunger-and-obesity/obesity-in-the-us/>.
7. <http://www.news-medical.net/health/Obesity-and-skin-problems.aspx>.
8. <http://www.dermnetnz.org/systemic/acanthosis-nigricans.html>.
9. O. Braun-Falco et al.: *Chapter 17: Disorders of keratinisations*, [in:] O. Braun-Falco, G. Plewig, H. Wolff, W. Burgdorf, *Dermatology, Second Completely Revised Edition*, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 2000, 734.
10. G. S. S. Atwal, L. K. Manku, C. E. M. Griffiths, D. W. Polson: *Striae gravidarum in primiparae*, British Journal of Dermatology, 155 (5), 2006, 965–969.
11. <http://www.dermnetnz.org/dermal-infiltrative/striae.html>.
12. O. Braun-Falco et al.: *Chapter 12: Dermatitis*, [in:] O. Braun-Falco, G. Plewig, H. Wolff, W. Burgdorf: *Dermatology, Second Completely Revised Edition*, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 2000, 466–467.
13. M. G. Karla, K. E. Higgins, B. S. Kinney: *Intertrigo and secondary skin infections*, Am Fam Physician, 89 (7), 2014, 569–73.
14. T. Willenberg, A. Schumacher, B. Amann-Vesti et al.: *Impact of obesity on venous hemodynamics of the lower limbs*, J Vasc Surg., 52 (3), 2010, 664–668.

ŹRÓDŁA ILUSTRACJI

- I www.aocd.org/?page=AcanthosisNigricans.
- II www.sundhed.dk/sundhedsfaelg/laegehaandbogen/hud/tilstande-og-sygdomme/erytemer/intertrigo/.
- III www.health9.org/wp-content/uploads/2013/02/Erythrasma-7.jpg.
- IV www.venefitprocedure.com/patients.aspx=!prettyPhoto/1/.