

# Gruźlica skóry powiek – opis przypadku

## *Cutaneous eyelid tuberculosis – a case report*

Anna Wyrwicka<sup>1</sup>, Radosław Minias<sup>2</sup>, Piotr Jurowski<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Z Kliniki Okulistyki i Rehabilitacji Wzrokowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Roman Goś

<sup>2</sup> Z Zakładu Patomorfologii i Cytopatologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Krzysztof Zieliński

<sup>3</sup> Z Zakładu Diagnostyki Chorób Oczu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
Kierownik: dr hab. n. med. Piotr Jurowski

<b>Streszczenie:</b>	Gruźlica jest swoistą chorobą wywoływaną prątkiem gruźlicy. Mimo że klasyczne zmiany gruźlicze dotyczą zazwyczaj układu oddechowego, może ona obejmować praktycznie każdy narząd czy tkankę. Pozapłucna lokalizacja zmian gruźliczych jest nierzadko trudna do rozpoznania. Potwierdza to przedstawiony przypadek niezwykle rzadko występującej gruźlicy powiek przebiegający z ujemnym odczynem tuberkulinowym, którego obraz kliniczny przypominał rozrost raka podstawnkomórkowego.
<b>Słowa kluczowe:</b>	gruźlica skóry powiek, histopatologia, trudności diagnostyczne.
<b>Summary:</b>	Tuberculosis is a bacterial infection caused by a germ called <i>Mycobacterium tuberculosis</i> . The bacteria usually attacks the lungs, but it can also affects other human organs or tissues. Localization of tuberculosis out of respiratory system is very rare and sometimes difficult to establish. Our patient finally diagnosed as lid tuberculosis with negative tuberculin reaction and clinical presentation as basal cell carcinoma of the lids, is a strong argument for that.
<b>Key words:</b>	palpebral skin tuberculosis, histopatologia, diagnostic difficulties.

Gruźlica jest swoistą chorobą wywoływaną prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*). Pozapłucna lokalizacja stanowi ok. 10% wszystkich postaci gruźlicy. Wyjątkowo rzadką odmianą gruźlicy jest jej postać skórna, która stanowi 0,8% wszystkich jej przypadków (1).

Do gruźliczej infekcji skóry może dojść dwiema drogami. W przypadku drogi zewnątrzpochodnej zmiany gruźlicze lokalizują się bezpośrednio w skórze. Z kolei w przebiegu zakażenia wewnątrzpochodnego prątki przedostają się do skóry przez błony śluzowe i/ lub drogą naczyń chłonnych lub krwionośnych (2). Rozsiew wewnątrzpochodny gruźlicy występuje w pewnym okresie po wygojeniu się ogniska pierwotnego lub w wyniku reaktywacji utajonej infekcji (1,3).

Spośród form klinicznych gruźlicy skóry najczęściej wymienia się postaci: płaską, przerostłą, wrzodziejącą lub brodawkującą.

Ze względu na mało swoisty obraz kliniczny podstawą rozpoznania gruźlicy skórnej jest obraz histopatologiczny zmiany. Zwraca w nim uwagę obecność ziarniny, w której obserwuje się komórki olbrzymie typu Langerhansa, komórki nabłonkowe, monocyty i komórki martwicy serowatej. Co jest ważne, w postaci skórnej gruźlicy nie zawsze udaje się wykazać zmiany serowate, co dodatkowo utrudnia interpretację obrazu histopatologicznego. Dodatni odczyn tuberkulinowy i/ lub wykrycie prątków w zmianach skórnych stanowią potwierdzenie rozpoznania klinicznego (2,4).

Lokalizacja zmian gruźliczych w obrębie skóry powiek jest rzadka. Ze względu na nieswoisty obraz kliniczny, często przypominający zmiany rozrostowe, i w związku z tym odmienne leczenie i rokowanie, wymaga szybkiej diagnostyki.

W pracy przedstawiono przypadek pacjentki ze zmianami przypominającymi klinicznie raka podstawnkomórkowego powieki dolnej, u której badanie histopatologiczne pobranego wycinka zmiany ujawniło gruźlicę przebiegającą z ujemnym odczynem tuberkulinowym. Po wprowadzeniu celowanego leczenia przeciwgruźliczego uzyskano całkowite ustąpienie zmian.

### Opis przypadku

Pacjentka, lat 61, została przyjęta do Kliniki Okulistyki i Rehabilitacji Wzrokowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z podejrzeniem raka podstawnkomórkowego powieki dolnej. Jak podawała chora, pierwsza zmiana na powiece pojawiła się miesiąc wcześniej. Zmiana umiejscowiona była w okolicy kąta zewnętrznego powieki dolnej oka lewego. W dniu przyjęcia do kliniki ostrość wzroku wynosiła  $V_{od} = 5/5$  cc + 2,0 Dsph,  $V_{ol} = 5/5$  cc + 2,75 Dsph. Badanie oftalmoskopowe przedniego i tylnego odcinka oka nie wykazało odchyień od normy. W obrazie klinicznym zmiana miała wygląd czerwonobrunatnych guzków o miękkiej spistości, które otaczały niszę po zagojonym owrzodzeniu.

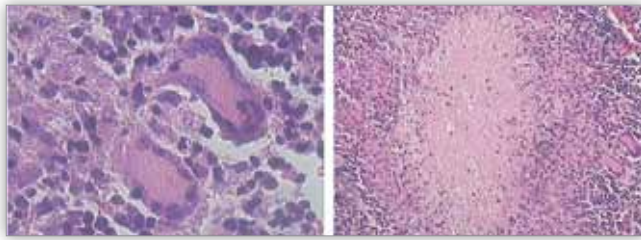
Zgodnie z wcześniej zaleconym przez dermatologa postępowaniem leczniczym chora stosowała leczenie miejscowe w postaci kropli z antybiotyku (Tobrex) oraz maści steroidowej (Cortineff).

Według oceny chorej pomimo leczenia zmiana ulegała systematycznemu powiększeniu, stopniowo obejmując zewnętrzną kąt powieki dolnej. Ogólny stan zdrowia chorej nie odbiegał od normy.

Ze względu na obserwowaną szybką progresję zmian skórnych podjęto decyzję o pobraniu wycinka powieki do badań

histopatologicznych. Został on przekazany do Zakładu Patomorfologii i Cytopatologii Klinicznej UM w Łodzi. Uzyskany materiał tkankowy obejmował fragment powieki wraz z brzegiem wolnym o wymiarach 0,3 cm x 0,6 cm x 0,5 cm. Został on utrwalony w 10% zbuforowanym roztworze formaliny i w parafinie. Z uzyskanego bloczka parafinowego skrojono skrawki o grubości 3 mikrometrów, które zabarwiono rutynowo hematoksyliną i eozyną oraz metodą Ziehla-Neelsena.

W obrazie mikroskopowym stwierdzono obecność ziarniaków zbudowanych w części centralnej z martwicy serowatej, które są otoczone warstwą komórek nabłonkowych z licznymi komórkami wielojądrowymi oraz licznymi limfocytami (ryc. 1).



**Ryc. 1.** Badanie histopatologiczne – po stronie lewej komórki Langerhansa, po stronie prawej ziarniak gruźliczy.

**Fig. 1.** Histopathology examination – on the left Langerhans' cells, on the right tuberculoma.

Dodatkowo obserwowano niewyraźnie odgraniczone ognisko ziarniny gruźliczopodobnej złożonej z ognisk komórek nabłonkowych otoczonych monocytami. Wśród komórek nabłonkowych obecne były komórki olbrzymie typu Langerhansa. Postawione rozpoznanie histopatologiczne potwierdzono także w pracowni histopatologicznej Specjalistycznego Szpitala Gruźlicy, Chorób Płuc i Rehabilitacji w Tuszynie. Otrzymane dane zmian morfologicznych skłoniły do poszerzenia badań diagnostycznych. Uzyskano ujemny wynik próby tuberkulinowej. Również badanie bakteriologiczne płwociny i moczu nie wykazało obecności prątków gruźlicy. Wykonane badania obrazowe, w tym zdjęcie rentgenowskie oraz tomografia komputerowa klatki piersiowej, ujawniły jedynie dyskretnie zmniejszoną przejrzystość okolicy nadprzeponowej prawej, której nie można jednoznacznie wiązać z infekcją gruźliczą. Ostatecznie nie zaobserwowano zmian, które mogą być wynikiem przebytej gruźlicy płuc i reaktywacji utajonego ogniska. Także badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej nie wykazało istotnych odchyłeń od normy.

Ostatecznie na podstawie uzyskanego obrazu histopatologicznego rozpoznano postać skórną gruźlicy, która była zlokalizowana w powiece dolnej oka lewego.

Po konsultacji ftyzjatrzyckiej chorej włączono klasyczne leczenie przeciwprątkowe preparatami izoniazydu, rifampicyny oraz pirazynamidu w dawkach odpowiednio: 300 mg, 600 mg oraz 1500 mg na dobę. W trakcie terapii obserwowano powolne, całkowite ustąpienie zmian powiekowych. Po zakończeniu 6-miesięcznej terapii chora nadal pozostaje pod kontrolą pulmonologiczną oraz okulistyczną.

### Omówienie

Gruźlica (łac. *tuberculosis*, tubercule bacillus – TB) to potencjalnie śmiertelna choroba zakaźna, którą wywołuje prątek

gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*). Infekcja gruźlicza obejmuje najczęściej płuca (gruźlica płucna), jak również ośrodkowy układ nerwowy, układ limfatyczny, naczynia krwionośne, układ kostno-stawowy, moczowo-płciowy oraz skórę. O ile ryzyko zachorowania na gruźlicę jest względnie niewielkie i dotyczy 1-2% populacji krajów rozwiniętych, to w przypadku krajów o niskim poziomie ekonomicznym choroba ta pozostaje nadal poważnym problemem i jedną z głównych przyczyn zgonów. Rocznie odnotowuje się około 10 mln nowych zakażeń prątkiem gruźlicy, w tym blisko 3 mln zakażeń kończą się śmiercią (5). Szacuje się, że 1,3 mln dzieci na świecie co roku zapada na gruźlicę (4,6). Trzy czwarte wszystkich przypadków zachorowań na gruźlicę dotyczy ludzi między 15. a 50. rokiem życia (7). Obserwowany obecnie wzrost zachorowalności na gruźlicę spowodowany jest m.in. zwiększoną liczbą zakażeń wirusem HIV, alkoholizmem, narkomanią i osłabioną odpornością zależną od limfocytów T. Dowiedziano, że do infekcji prątkiem gruźlicy predysponują również długotrwała immunosupresja, cukrzyca, nowotwory układu chłonnego, pylica płuc. Zachorowalność na gruźlicę jest związana z migracją ludności, niskim poziomem warunków społeczno-ekonomicznych, a przede wszystkim z rozwojem oporności prątków na stosowane leki oraz brakiem skutecznego programu walki z tą chorobą (5,7).

Gruźlica skóry stanowi poważny problem diagnostyczny oraz epidemiologiczny. Podobnie jak w innych postaciach pozapłucnych gruźlica skóry jest często zbyt późno rozpoznawana. Zmiany gruźlicze zlokalizowane w skórze powieki mogą przypominać klinicznie zapalenie przedprzegrodowe, owrzodzenia lub raka podstawnkomórkowego. Dowiedziano, że przewlekła, wrzodziejąca postać skórną gruźlicy, choć sama w sobie nie jest zaliczana do zmian przedrakowych, sprzyja powstawaniu raka kolczystokomórkowego. Dotyczy to szczególnie tych zmian, które zlokalizowane są na pograniczu błony śluzowej i skóry. Takie umiejscowienie z zajęciem brzegu wolnego powieki obserwowano u opisanego pacjenta. Brak efektu terapeutycznego początkowo prowadzonego leczenia przeciwzapalnego może stanowić kolejny argument świadczący o odmiennej etiologii obserwowanej zmiany w powiece.

W diagnostyce różnicowej gruźlicy skóry należy wziąć pod uwagę niektóre choroby zarówno swoiste, jak i nieswoiste. W przypadku chorób swoistych pod uwagę należy wziąć m.in. sarkoidozę. W porównaniu ze zmianami gruźliczymi charakterystyczną cechą sarkoidozy jest obecność zwłókniałych ziarniaków oraz brak w jej części centralnej martwicy serowatej. Z kolei w przypadku zmian kiłowych wiodącym obrazem mikroskopowym jest martwica serowata otoczona naciekiem z plazmacytów oraz komórek zapalnych. Nacieki zapalne ze szczególnym nasileniem występuje w przestrzeniach okołonaczyniowych. Potencjalną przyczyną innych zmian skórnych powiek są zakażenia pasożytnicze, w tym np. leiszmaniaza skórną. Widoczne w dużym powiększeniu mikroskopu tzw. ciała Leiszmana-Donovana są w tym przypadku typowe. Co więcej, podobnie jak w przypadku gruźlicy w obrazie morfologicznym nie stwierdza się martwicy serowatej (7,8).

Podobny obraz kliniczny zmian można obserwować w przewlekłej postaci skórnej tocznia rumieniowatego. Istotną cechą różnicującą ze zmianami gruźliczymi jest brak w obrazie histopatologicznym komórek olbrzymich typu Langerhansa (9-11).

W przypadku nieswoistych schorzeń infekcyjnych w różnicowaniu należy wziąć pod uwagę infekcyjne zapalenia przedregrodowe oczodołu. W tych przypadkach znaczny obrzęk zapalny oraz duża bolesność i często ogólne złe samopoczucie, a przede wszystkim fakt wcześniejszego urazu skóry i bardzo szybka progresja zmian ułatwiają postawienie rozpoznania.

Wyjątkowo istotne w diagnostyce różnicowej zmian powiekowych są potwierdzenie tła nowotworowego lub jego wyeliminowanie. Jest to tym bardziej istotne, że niektóre typy nowotworów, jak np. rak podstawnokomórkowy, stanowią aż 95% złośliwych guzów powiek. Guzkowate zmiany otaczające owrzodzenie, które obserwowaliśmy w przypadku naszej chorej, mogły sugerować postać guzkowatą raka podstawnokomórkowego.

W prezentowanym przypadku na uwagę zasługuje fakt, że pomimo długiego czasu leczenia miejscowego lekami przeciwzapalnymi nie uzyskano poprawy. W przypadku przewlekłych zmian o charakterze wrzodzącym oraz wobec braku poprawy po zastosowanej terapii należy rozważyć możliwość występowania zmian nowotworowych, takich jak rak podstawnokomórkowy czy kolczystokomórkowy (12). Szczególnie cenne wydają się w tych przypadkach biopsja lub diagnostyczne pobranie wycinka. W przypadku naszej chorej badanie histopatologiczne pozwoliło ostatecznie na postawienie właściwego rozpoznania i wprowadzenie oszczędzającego postępowania opartego na swoistym, zachowawczym leczeniu przeciwgruźliczym

#### Piśmiennictwo:

- Jabłońska S, Chorzeński T: *Choroby skóry*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997.
- Braun-Falco O, Plewig G, Wolff H et al.: *Dermatologia*. Tom I. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002.
- Dekio S, Jidoi J, Imoka C: *Lupus militaris disseminans faciei-report of a case in an elderly woman*. Clinical and Experimental Dermatology 1991, 16, 259- 256.
- Pandhi D, Reddy BSN, Chowdhary S et al.: *Cutaneous tuberculosis in Indian children: the importance of screening for involvement of internal organs*. Eur Acad Dermatol Venereol 2004, 18, 546- 551.
- Kumar B, Rai R, Kaur I et al.: *Childhood cutaneous tuberculosis: a study over 25 years from northern India*. Int J Dermatol 2001, 40, 26-32.
- Teresiak E, Czarnecka-Operacz M, Bowszyc-Dmochowska M: *Gruźlica toczniowa skóry – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa*. Post Dermatol Alergol 2006, XXIII, 4, 192-197.
- Aoki M, Kawana S: *Bilateral Chalasion of the Lower Eyelids Associated with Pulmonary Tuberculosis*. Acta Derm Venereol 2002, 82, 386-387.
- McKee PH: *Atlas patologii skóry*. Wydawnictwo Urban and Partner, Wrocław 2003.
- Chen S, Wang Ch, Chen H, Weng G, Lin P, Wei F: *Upper eyelid Mycobacterial Infection Following Oriental Blepharoplasty in a Pulmonary Tuberculosis Patient*. Aesth Plast Surg 2001, 25, 295-298.
- Sheu S, Shyu J, Chen L, Chen Y, Chirn S, Wang J: *Ocular Manifestations of Tuberculosis*. Am Academy of Ophthalmol 2001, 1580-1585.
- Senol MS, Ozcan A, Aydin A et al.: *Disseminated lupus vulgaris and papulonecrotic tuberculid: a case report*. Ped Dermatol 2000, 17, 133-135.
- Lever WF, Schaumburg-Lever G: *Histopathology of the skin*. J.B. Lippincott, Philadelphia 1990.

Praca wpłynęła do Redakcji 27.08.2010 r. (1245)  
Zakwalifikowano do druku 30.03.2011 r.

Adres do korespondencji (Reprint requests to):  
dr n. med. Anna Wyrwicka  
ul. Żeromskego 113  
90-549 Łódź  
e-mail: a\_wyrwicka@wp.pl