

Bolesne grudki piezogeniczne – opis przypadku

Painful piezogenic papules – case report

Beata Bergler-Czop, Ligia Brzezińska-Wcisło, Dorota Trzmiel

Katedra i Klinika Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,
kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Ligia Brzezińska-Wcisło

Post Dermatol Alergol 2007; XXIV, 5: 238–240

Streszczenie

Bolesne grudki piezogeniczne – liczne przepukliny tłuszczowe – to stosunkowo częste schorzenie. W pracy przedstawiono przypadek bolesnych grudek piezogenicznych stóp i okolicy nadgarstków u 18-letniej pacjentki, który początkowo sprawiał trudności diagnostyczne. Podczas przyjęcia badaniem fizykalnym stwierdzono na brzegach obu stóp, piętach oraz na wewnętrznych powierzchniach nadgarstków liczne, twarde, drobne, odprowadzalne grudki barwy żółtej. Zmiany na stopach były dobrze widoczne w pozycji stojącej, okazały się bolesne palpacyjnie i sprawiały trudności przy chodzeniu. W badaniach dodatkowych nie wykazano istotnych odchyłeń od normy. Obraz kliniczny i wywiad potwierdził rozpoznanie bolesnych grudek piezogenicznych. Chora pozostała pod kontrolą ortopedy w celu leczniczego zastosowania wkładek zmniejszających dolegliwości bólowe.

Słowa kluczowe: bolesne grudki piezogeniczne, trudności diagnostyczne.

Abstract

Painful piezogenic papules – numerous adipose hernias – is a rather frequent sickness. A case of painful piezogenic papules will be introduced. They were found on the feet and in the area of the wrists of an eighteen-year-old patient. At the beginning there were some difficulties with the diagnosis. On admission thanks to the physical examination numerous small, hard, diaplasic nodules of yellow colour were found at the margins of both feet, heels and on the internal area of the wrists. The changes on the feet were visible in a standing position, palpably painful, causing difficulties while walking. In laboratory examinations no significant abnormalities were found. The clinical picture and the medical history of the patient confirmed the diagnosis of painful piezogenic papules. The patient stayed under the control of the orthopaedist. The aim of this was medical use of inserts that reduce pain.

Key words: painful piezogenic papules, difficulties in diagnosis.

Wprowadzenie

Bolesne grudki piezogeniczne – liczne przepukliny tłuszczowe – to stosunkowo częste schorzenie. Postać asymptomatyczną (niebolesną) obserwuje się u ok. 20% populacji, częściej u kobiet i osób młodych. Postać bolesna często kojarzy się z długotrwałym urazem (u sportowców) lub chorobami tkanki łącznej uwarunkowanymi genetycznie, głównie z zespołem Ehlersa-Danlosa.

Istotą choroby jest wpuklanie się tkanki tłuszczowej między wiązki kolagenu w skórze właściwej. Tworzenie tych przepuklin wiąże się najprawdopodobniej z uwarunkowanym genetycznie zmniejszeniem liczby lub wytrzymałości przegród włóknistych tkanki tłuszczowej [1–4].

Zmiany skórne z reguły lokalizują się na brzegach pięt lub w okolicy nadgarstków i kłębu kciuka. Mają charakter małych, licznych, spoistych, odprowadzalnych guzków barwy cielistej lub żółtej. Guzki na stopach zwykle są widoczne, gdy pacjent stoi. Pojedyncze wykwitły mogą być bardzo bolesne [1].

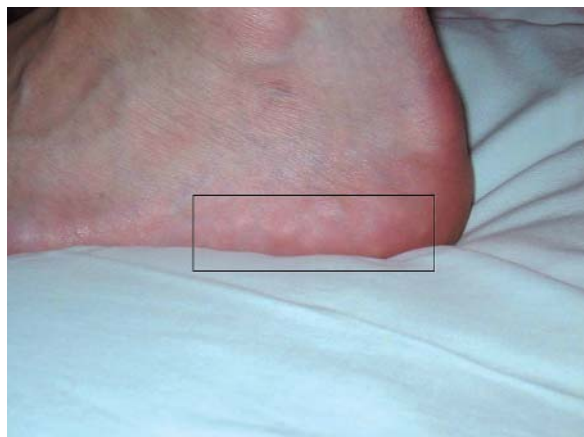
Leczenie bywa zwykle zbyteczne. Guzki bolesne mogą być usuwane chirurgicznie [1]. Podejmowano również próby miejscowego podawania kortykosteroidu ze środkiem znieczulającym [2] lub przeprowadzenia elektropunkury [5].

W różnicowaniu pod uwagę bierze się guzy wywodzące się z tkanki nerwowej lub gruczołów ekrynnych [1].

Adres do korespondencji: dr n. med. Beata Bergler-Czop, ul. Leśna 2a, 42-624 Ossy, tel./faks +48 32 284 08 77, 501 352 033, e-mail: bettina2@tlen.pl



Ryc. 1. Grudka piezogeniczna na nadgarstku



Ryc. 2. Grudki piezogeniczne na brzegu stopy

W pracy przedstawiono przypadek bolesnych grudek piezogenicznych stóp i okolicy nadgarstków u 18-letniej pacjentki, który początkowo sprawiał trudności diagnostyczne.

Opis przypadku

Chorą (18-letnią) przyjęto w celu zdiagnozowania rozsianych, bolesnych zmian guzkowych, zlokalizowanych na bocznych powierzchniach obu stóp oraz wewnętrznych powierzchniach nadgarstków.

W wywiadzie nie stwierdzono dodatkowych schorzeń. Podobne zmiany nie występowały u nikogo w rodzinie pacjentki. Wykwity pojawiły się na stopach ok. 2 lata wcześniej, podczas uprawiania sportu wyczynowego (siatkówki), wykazywały tendencję do rozsiewu i zajmowania nowych okolic (nadgarstki) mimo zaprzestania treningu. Pojedyncze guzki cechuje znaczna bolesność. W badaniu histopatologicznym guzka pięty lewej, wykonanym na początku choroby, rozpoznano włókniak. Chora była z tego powodu konsultowana onkologicznie, jednak nie znaleziono wskazań do usunięcia zmian chirurgicznie. Zlecono obserwację.

Podczas przyjęcia badaniem fizykalnym stwierdzono liczne, twarde, drobne, odprowadzalne guzki barwy żółtej na brzegach obu stóp, piętach oraz na wewnętrznych powierzchniach nadgarstków. Zmiany na stopach były dobrze widoczne w pozycji stojącej, okazały się bolesne palpacyjnie i sprawiały trudności przy chodzeniu (ryc. 1–2.).

Pacjentce wykonano szeroki panel badań laboratoryjnych (OB, morfologia z rozmazem krwi obwodowej, Na, K, ASO, Latex-R, odczyn Waalera-Rosego, aldolaza, CPK, kreatynina, mocznik, glukoza, transaminaza asparginowa, transaminaza alaninowa, bilirubina, białko całkowite z elektroforezą, badanie ogólne moczu), nie wykazując odchyłań od normy. Stwierdzono jedynie nieznacznie obniżony poziom żelaza (włączono suplementację).

W badaniach obrazowych – USG jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej i stóp – nie zaobserwowano zmian patologicznych.

Oznaczono przeciwciała przeciw *Borrelia burgdorferii* w klasie IgG, IgM oraz przeciwciała przeciwjądrowe (ANA) – wyniki ujemne.

Badanie histopatologiczne powierzchownie pobranego wycinka uwidocznilo jedynie hiperkeratozę z cechami włóknienia skóry właściwej. Ze względu na jednoznaczny obraz kliniczny odstąpiono od pobrania następnego wycinka.

Na podstawie typowego obrazu zmian oraz wywiadu postawiono rozpoznanie bolesnych grudek piezogenicznych.

Chora pozostała pod kontrolą ortopedy, w celu leczniczego zastosowania wkładek zmniejszających dolegliwości bólowe. Rozważane jest usunięcie chirurgiczne najbardziej bolesnych wykwitów w przyszłości.

Omówienie wyników

W pracy przedstawiono typowy przypadek bolesnych grudek piezogenicznych u młodej pacjentki, który początkowo sprawiał trudności diagnostyczne.

Grudki piezogeniczne opisuje się w literaturze już od ponad 30 lat [2]. Przypadki asymptomatyczne często pozostają niezdiagnozowane. Doukas i wsp. [2] łączą bolesność wykwitów ze współistnieniem urazu lub genetycznych chorób tkanki łącznej (zespół Ehlersa-Danlosa). U chorej nie zaobserwowano objawów chorób tkanki łącznej. Podobne schorzenia nie występowały również w jej rodzinie.

Kahana i wsp. [6] opisali bolesne grudki piezogeniczne u ponad 34,5% chorych z rozpoznaniem zespołem Ehlersa-Danlosa. Zmiany miały lokalizację typową (pięty oraz boczne powierzchnie stóp) i wiązały się ze strukturalnym defektem tkanki łącznej.

Gibney i wsp. [7] odnotowali występowanie bolesnych grudek piezogenicznych u 2 członków rodziny bez obciążenia genetycznymi chorobami tkanki łącznej.

Bender [8] oraz Levine [9] wymienili grudki jako typowe schorzenie występujące u osób trenujących lekkoatletykę. Pacjentka przez ponad 5 lat uprawiała wyczynowo siatkówkę, a zmiany na stopach i nadgarstkach pojawiły się po 2 latach od rozpoczęcia treningu i rozwijały się mimo zaprzestania ćwiczeń. Podobną sytuację opisał również Bender [8] – bolesne grudki piezogeniczne poszerzały się u biegaczy nawet po wielu latach od zakończenia treningów.

Braun-Falco i wsp. [1] uznali współdziałanie czynników środowiskowych i genetycznych w etiologii schorzenia. Trening jest czynnikiem wyzwalającym zmiany u osób z genetycznie zmniejszoną liczbą i wytrzymałością przegród włóknistych podskórnej tkanki tłuszczowej.

U chorej grudki lokalizowały się w okolicach typowych (pięty, brzegi stóp, wewnętrzna powierzchnia nadgarstków). Pontious i wsp. [10] opisywali przypadek bolesnych grudek piezogenicznych, które szerzyły się wzdłuż całego podłużnego łuku stopy, uniemożliwiając normalne poruszanie się pacjenta.

W badaniach obrazowych w opisanym przypadku nie obserwowano żadnych odchyłeń od normy. Konsultacja ortopedyczna wykluczyła zmiany patologiczne. Podobnie było w przypadkach opisywanych przez Pontiousa [10] oraz Gibneya [7].

U chorych z rozpoznaniem zespołem Ehlersa-Danlosa występowały odchylenia typowe dla tego zespołu. Najczęściej grudki towarzyszyły postaci III. Rejestrowano wybitną nadmierną ruchomość dużych i małych stawów, zmiany zwyrodnieniowe stawów oraz wypadanie płatków zastawki dwudzielnej [6].

Obrazy histologiczne grudek bez towarzyszącej choroby tkanki łącznej i grudek w przebiegu zespołu Ehlersa-Danlosa były identyczne. Obserwowano przepukliny tkanki tłuszczowej między włóknami kolagenowymi skóry właściwej [3, 6].

Leczenie postaci asymptomatycznej jest zbędne. Zmiany bolesne mogą być usuwane chirurgicznie [1]. Doukas i wsp. [2] stosowali miejscowo do pojedynczych zmian iniekcje kortykosteroidu (betametazon) ze środkiem przeciwzapalającym (bupiwakaina) – z dobrym efektem.

Woodrow i wsp. [5] podejmowali próby zastosowania elektroakupunktury u pacjentów z pojedynczymi bolesnymi wykwitami. Pontious i wsp. [10] stosowali u pacjenta z rozszanymi zmianami w obrębie stóp specjalne poduszki ortopedyczne ułatwiające poruszanie się.

Wnioski

Pacjentka pozostała pod kontrolą ortopedyczną w celu leczniczego włączenia specjalnych wkładek ortopedycznych łagodzących dolegliwości bólowe. W przyszłości rozważane jest usunięcie chirurgiczne najbardziej bolesnych wykwitów.

W pracy przedstawiono obraz grudek piezogenicznych u młodej pacjentki spowodowanych przewlekłym urazem podczas uprawiania sportu.

Mimo typowego obrazu, lokalizacji i wywiadu chora przez długi czas nie była prawidłowo zdiagnozowana. Znajomość tego częstego schorzenia ułatwi w przyszłości szybkie postawienie diagnozy, wdrożenie leczenia i uniknięcie nadmiernie rozbudowanej diagnostyki.

Piśmiennictwo

1. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WH. *Dermatologia*. Tom I. Czelej, Lublin 2002; 792-3.
2. Doukas DJ, Holmes J, Leonard JA. A nonsurgical approach to painful piezogenic pedal papules. *Cutis* 2004; 73: 339-40.
3. Zaidi Z, Jafri N, Noori B, Thawarani H. Piezogenic papules – a study of 100 cases. *J Pak Med Assoc* 1995; 45: 93-4.
4. van Straaten EA, van Langen IM, Oorthuys JW, Oosting J. Piezogenic papules of the feet in healthy children and their possible relation with connective tissue disorders. *Pediatr Dermatol* 1991; 8: 277-9.
5. Woodrow SL, Brereton-Smith G, Handfield-Jones S. Painful piezogenic pedal papules: response to local electro-acupuncture. *Br J Dermatol* 1997; 136: 628-30.
6. Kahana M, Feinstein A, Tabachnic E, et al. Painful piezogenic pedal papules in patients with Ehlers-Danlos syndrome. *J Am Acad Dermatol* 1987; 17: 205-9.
7. Gibney MD, Glaser DA. Piezogenic pedal papules in two family members. *Cutis* 1996; 57: 260-2.
8. Bender TW 3rd. Cutaneous manifestations of disease in athletes. *Skinmed* 2003; 2: 34-40.
9. Levine N. Dermatologic aspects of sports medicine. *J Am Acad Dermatol* 1980; 3: 415-24.
10. Pontious J, Lasday S, Mele R. Piezogenic pedal papules extending into the arch. Case report and discussion. *J Am Podiatr Med Assoc* 1990; 80: 444-5.