

Przydatność dermoskopii w diagnostyce perlanych grudek prącia

Usefulness of dermoscopy for diagnosing pearly penile papules

Igor Michajłowski^{1,2}, Adam Włodarkiewicz¹, Konrad Florczak², Jerzy Michajłowski³, Michał Sobjanek^{1,2}, Waldemar Placek^{2,4}

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Jadwiga Roszkiewicz

²Szkoleniowo-Naukowy i Naukowo-Badawczy Ośrodek Dermatologii Estetycznej, Fotodermatologii i Dermatologii „Dermart” w Gdyni, kierownik Ośrodka: prof. dr hab. n. med. Waldemar Placek

³Katedra i Klinika Urologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Kazimierz Krajka

⁴Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Waldemar Placek

Post Dermatol Alergol 2009; XXVI, 3: 115–119

Streszczenie

Wprowadzenie: W rozpoznaniu różnicowym perlanych grudek prącia (*pearly penile papules* – PPP) powinno się uwzględnić kłykciny kończyste, ektopowe gruczoły łojowe, mięczak zakaźny oraz rzadziej liszaj lśniący. W związku z rozpowszechnieniem zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego coraz częściej PPP są mylone z kłykcinami kończystymi. Trudności w różnicowaniu mogą dotyczyć również współistnienia PPP i kłykcin kończystych.

Cel pracy: Poszukiwanie swoistych, charakterystycznych cech PPP w badaniu dermoskopowym oraz określenie przydatności powyższego badania w diagnostyce różnicowej PPP a kłykcin kończystych męskich narządów płciowych.

Materiał i metody: Siedmiu pacjentów z izolowanymi PPP oraz 5 ze współistnieniem PPP i kłykcin kończystych poddano badaniu klinicznemu oraz dermoskopowemu.

Wyniki: W badaniu dermoskopowym PPP uwidoczniono jako różowo-białawe kostki brukowe, występujące w jednym lub kilku rzędach (100% pacjentów). Każda grudka (kostka brukowa) zawierała centralnie położone punkcikowate (83,3% pacjentów) lub „przecinkopodobne” naczynia (75% pacjentów) oraz była otoczona półksiężycowatą obwódką (100% pacjentów). W kłykcinach kończystych dominował natomiast nieregularny układ zwykłe licznych, punkcikowatych (*dotted vessels*) (100%) lub nieco większych naczyń (*red globules*) (40%). Patognomiczną była także obecność czerwonych i/lub czarnych kropek odpowiadających zakrzepom wewnątrznaczyniowym (100%).

Wnioski: Stwierdzenie powyższych cech dermoskopowych PPP pozwala na precyzyjne ustalenie rozpoznania oraz ograniczenie zastosowania terapii. Zróżnicowanie PPP i kłykcin kończystych u pacjentów ze współistnieniem obu zmian pozwala również na ograniczenie obszaru poddawanego leczeniu.

Słowa kluczowe: perlane grudki prącia, kłykciny kończyste, dermoskopia.

Abstract

Introduction: In the differential diagnosis of pearly penile papules there should be considered: ectopic sebaceous glands, genital warts, molluscum contagiosum and rarely lichen nitidus. In connection with the wide spread of human papilloma virus, pearly penile papules are often misdiagnosed as genital warts.

Aims: To research specific, typical features of pearly penile papules in dermoscopy and determine the usefulness of this method in differential diagnosis of pearly penile papules and genital warts.

Material and methods: Seven patients with isolated PPP and 5 patients with coexisting PPP and genital warts were subjected to clinical and dermoscopic examination.

Adres do korespondencji: lek. med. Igor Michajłowski, Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk, tel. +48 513 350 082, e-mail: igor.mich@amg.gda.pl

Results: Pearly penile papules in dermoscopy were observed as pink and whitish cobblestones situated in one or several rows. Each papule contained central dotted or comma-like vessels and was surrounded by crescent-shaped structures. The dermoscopic picture of genital warts was dominated by an irregular vascular system containing many punctate (dotted) vessels or more bigger vessels (red globules). Also, a pathognomonic feature was the presence of red or black dots corresponding with intravascular clots.

Conclusions: Finding the above-mentioned dermoscopic features of pearly penile papules allows one to establish the diagnosis and to restrict the use of therapy. Also, differentiation of pearly penile papules and genital warts in patients with both diseases coexisting allows one to restrict the area of treatment.

Key words: pearly penile papules, genital warts, dermoscopy.

Wprowadzenie

Termin „perliste grudki prącia” (*pearly penile papules* – PPP) po raz pierwszy wprowadzili Johnson i Baxter w 1964 r. [1], ale już ponad 300 lat temu podobne zmiany opisał Lierre [2]. Liczne synonimy spotykane w piśmiennictwie angielskim (*Tyson glands, hirsutoid papillomas, papilla in the corona glandis, hirsutis papillary corona of the penis, corona capilliti, pink pearly papules*) zwracające uwagę na etiologię lub obraz kliniczny nieco komplikują nazewnictwo [3].

Częstość występowania PPP mieści się w przedziale 14,3–48% populacji [4, 5], zmiany częściej spotyka się u chłopców w okresie dojrzewania oraz u młodych mężczyzn [2]. Z wiekiem obserwuje się zmniejszenie częstości pojawiania się PPP [6]. Brak obrzezania oraz przynależność do rasy negroidalnej, a także wzmożona aktywność seksualna prawdopodobnie zwiększają częstość występowania PPP [2, 7, 8]. Częstość pojawiania się PPP nie różni się także statystycznie u mężczyzn, których partnerki miały śród nabłonkową neoplazję szyjki macicy (*cervical intraepithelial neoplasia* – CIN) od mających partnerki zdrowe [9]. Nie stwierdzono związku między PPP a obecnością wirusa brodawczaka ludzkiego [9–11].

W rozpoznaniu różnicowym powinno się uwzględniać ektopowe gruczoloty łojowe, kłykciny kończyste, mięczaka

zakaźnego oraz – rzadziej – liszaj łśniący [3, 7, 12]. W związku z rozpowszechnieniem zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego coraz częściej PPP są mylone z kłykcinami kończystymi [11]. Trudności w różnicowaniu mogą dotyczyć również współistnienia PPP i kłykcin kończystych (ryc. 1., 2.). Według Ferency i wsp. [11] u 7 spośród 13 pacjentów PPP towarzyszyły objawowe kłykciny kończyste lub postaci subkliniczne ujawniające się po przeprowadzeniu testu z kwasem octowym.

Cel pracy

Poszukiwanie swoistych charakterystycznych cech PPP w badaniu dermoskopowym oraz określenie przydatności powyższego badania w diagnostyce różnicowej PPP i kłykcin kończystych męskich narządów płciowych.

Materiał i metody

Badaniu klinicznemu oraz dermoskopowemu (dermoskop HEINE DELTA 20, HEINE Optotechnik GmbH & Co. KG, Kientalstr. 7, 82211 Herrsching, Germany; 10-krotne powiększenie) poddano pacjentów w wieku 19–34 lat z izolowanymi PPP (7 pacjentów) (ryc. 3.–5.) oraz ze współistnieniem PPP i kłykcin kończystych (5 pacjentów) (ryc. 1.).



Ryc. 1. Współistnienie PPP z kłykcinami kończystymi (największe trudności diagnostyczne dotyczą zmian zlokalizowanych na koronie żołądźci)



Ryc. 2. Współistnienie PPP z subklinicznymi kłykcinami kończystymi, ujawniającymi się po próbie octowej



Ryc. 3. Dystalne ukierunkowanie PPP



Ryc. 4. Proksymalne ukierunkowanie PPP



Ryc. 5. Wielostronne ukierunkowanie PPP

Wyniki

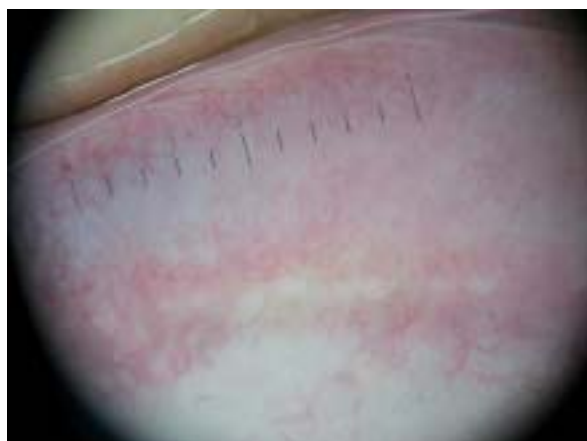
Perliste grudki prącia zajmowały koronę żołądździ u 11 spośród 12 pacjentów (91,7%), u 3 osób (25%) przebiegały po obu stronach wędzidełka, a u 2 (16,7%) pojedyncze PPP stwierdzono w rowku zażołądźdym. Dominowało proksymalne ukierunkowanie grudek (66,7%), rzadziej obserwowano grudki wielokierunkowe (25%) i dystalne (8,3%).

Kłykciny kończyste towarzyszyły PPP u 5 pacjentów (41,7%) i były zlokalizowane na żołądździ (4 pacjentów), na koronie żołądździ (1 mężczyzna), w rowku zażołądźdym i na błaszcze wewnętrznej napletka (2 pacjentów) oraz na trzonie prącia (3 mężczyzn).

W badaniu dermoskopowym PPP uwidoczniło się jako różowo-białawe kostki brukowe, występujące w jednym lub kilku rzędach (100% pacjentów) (ryc. 6.). Każda grudka (kostka brukowa) zawierała centralnie położone punkcikowate (83,3%) lub „przecinkopodobne” naczynia (75%) oraz była otoczona półksiężycową obwódką (100%). W kłykcinach kończystych dominował natomiast nieregularny układ zwykle licznych, punkcikowatych (*dotted vessels*) (100%) lub nieco większych naczyń (*red globules*) (40%) (ryc. 7.). Patognomiczna była także obecność czerwonych i/lub czarnych kropek, odpowiadających zakrzepom wewnątrznaczyniowym (100%) (ryc. 8.).

Omówienie wyników

W obrazie klinicznym PPP najczęściej przedstawiają się jako liczne 0,5–2-milimetrowe, kopulasto wyniosłe grudki o różowo-białawym, rzadziej żółtawym zabarwieniu lub przezroczyste, układające się w jeden lub kilka rzędów na koronie żołądździ, po obu stronach wędzidełka, rzadziej w rowku zażołądźdym, opasując żołądźź częściowo lub w całości. Zmianom śluzówkowym nie towarzyszą dole-

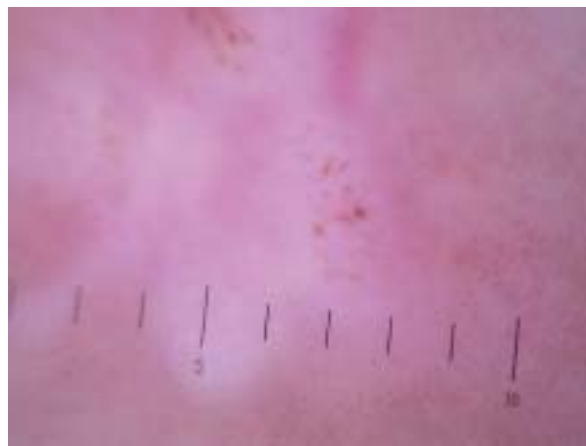


Ryc. 6. Obraz dermoskopowy PPP

gliwości subiektywne [1, 3]. Ukierunkowanie grudek może być jednostronne [częściej proksymalne (ryc. 4.), rzadziej dystalne (ryc. 3.)] i wielostronne (ryc. 5.). Opisano głęboką proliferację PPP, rozchodzących się promieniście od ujścia zewnętrznego cewki moczowej do korony żołądździ [13]. Obserwowano również PPP na trzonie prącia bez



Ryc. 7. Obraz dermoskopowy pojedynczej kłykciny kończystej zlokalizowanej na wewnętrznej blaszce napletka – nieregularny układ naczyń



Ryc. 8. Obraz dermoskopowy kłykciny kończystych – czerwone i czarne kropki odpowiadające zakrzepom wewnątrznacyniowym

towarzyszących zmian lub z nimi na koronie żołądź [12, 14]. W badaniu histopatologicznym zmiany w przebiegu PPP wykazują utkanie charakterystyczne dla akralnych naczynekowłókniaków [1, 8, 15].

W usunięciu PPP, głównie ze wskazań kosmetycznych oraz u pacjentów z wenerofobią, można stosować waporyzację za pomocą lasera CO₂ [7, 16, 17], kriochirurgię [18, 19], rzadziej tyżeczowanie oraz elektrokoagulację [14].

Badanie dermoskopowe coraz częściej znajduje zastosowanie nie tylko w diagnostyce zmian barwnikowych, lecz także w rozpoznaniu różnicowym guzów niemelanocytowych, zmian skórnych i śluzówkowych w przebiegu chorób zapalnych oraz infekcyjnych [20–23]. Jest narzędziem przydatnym również w monitorowaniu postępów w leczeniu tych stanów chorobowych [21].

W badaniu dermoskopowym zmian niemelanocytowych ocenia się głównie układ naczyń, lecz także można stwierdzić obecność cyst, akantozy i włóknienia w górnej części skóry właściwej [20–22]. Zalaudek i wsp. [22] proponują w diagnostyce zmian niemelanocytowych posługiwać się 5-stopniową skalą (tab. 1).

Różnice w badaniu dermoskopowym PPP i kłykciny kończystych z użyciem 5-stopniowej skali oceny z dodatkowym uwzględnieniem lokalizacji i wielkości zmian przedstawiono w tab. 2.

Tab. 1. Pięciostopniowa skala dermoskopowej oceny zmian niemelanocytowych [22]

Etap 1. Liczba zmian
Etap 2. Morfologia naczyń
Etap 3. Układ naczyń wewnątrz pojedynczej zmiany
Etap 4. Dodatkowe kryteria dermoskopowe
Etap 5. Ustalenie rozpoznania

Tab. 2. Diagnostyka różnicowa PPP a kłykciny kończystych

Etap 1. Lokalizacja zmian	prawie zawsze korona żołądź; bardzo rzadko żołądź i trzon prącia	często żołądź, trzon prącia, rzadziej cewka moczowa i tono; bardzo rzadko izolowane zmiany na koronie żołądź
Etap 2. Liczba zmian	bardzo liczne	pojedyncze lub liczne
Etap 3. Rozmiar zmian	0,5–2 mm; wszystkie zmiany o podobnych rozmiarach	zwykle > 2 mm; rozmiar pojedynczych zmian waha się
Etap 4. Morfologia naczyń	pojedyncze punkcikowate lub „przecinkopodobne” naczynia (<i>dotted or comma-like vessels</i>)	liczne drobne punkcikowate naczynia (<i>dotted vessels</i>); w zmianach większych czerwone jeziorka (<i>red globules</i>)
Etap 5. Układ naczyń wewnątrz pojedynczej zmiany	pojedyncze, centralnie położone naczynia	liczne, nieregularnie położone naczynia
Etap 6. Dodatkowe kryteria dermoskopowe	układające się w jednym lub kilku rzędach kostki brukowe; półksiężycowata obwódka grudek (kostek brukowych)	czerwone i/lub czarne kropki odpowiadające zakrzepom wewnątrznacyniowym; chaotyczny układ pojedynczych zmian
Etap 7. Ustalenie rozpoznania	perliste grudki prącia	kłykciny kończyste

Tylko w jednym badaniu opisano obraz dermoskopowy PPP o obrazie klinicznym mogącym sugerować kłykciny kończyste [20]. Według autorów charakterystyczny obraz dermoskopowy PPP może odpowiadać papilomatozie, rozszerzeniu światła naczyń oraz akantozie z ortokeratozą, czyli zmianom o utkaniu charakterystycznym dla naczynekowłókniaków [20]. Centralnie położone punkcikowate naczynia można obserwować także w innych zmianach niebarwnikowych, mianowicie w brodawkach łojotokowych, *acanthoma clarocellulare*, znamionach skórnych (*dermal nevus*), amelanocyticznym czerniaku, ekrynowym raku potowym (*porocarcinoma eccrinale*) oraz brodawkach wirusowych na skórze i błonach śluzowych [22, 23]. Ze zmian niemelanocytowych „przecinkopodobne” naczynia dotychczas stwierdzono w znamionach skórnych [22]. Czerwone jeziora (*red globules*) widoczne w kłykcinach kończystych również obserwowano w zmianach łuszczycowych oraz w grupie chorób określanych jako *spongiotic psoriasiform dermatitis* [21].

Podsumowanie

Bezobjawowy przebieg zmian typu PPP warunkuje to, że są one raczej stwierdzane przypadkowo podczas badania fizykalnego, przeprowadzanego z innego powodu. Niezwykle są jednak przypadki, kiedy głównym celem wizyty u lekarza są PPP, i pacjenci uważają, że powyższe zmiany są uwarunkowane chorobą przenoszoną drogą płciową. „Leczenie” w danym przypadku polega na uspokojeniu pacjenta i wytłumaczeniu, że powyższe zmiany są wariacją normy i nie wymagają jakiegokolwiek interwencji lekarskiej. Prawidłowe rozpoznanie PPP pomaga zapobiec wykonaniu niepotrzebnej diagnostyki histopatologicznej oraz wdrażaniu zbędnego leczenia.

Dermoskopia znajduje zastosowanie nie tylko w diagnostyce zmian barwnikowych skóry i błon śluzowych, lecz również w diagnostyce zmian niemelanocytowych dzięki wykrywaniu zmian patologicznych w naskórku i górnej części skóry właściwej, m.in. włóknienia, tworzenia się cyst oraz unaczynienia. Zaletą tej metody jest ponadto nieinwazyjność. Stwierdzenie powyższych cech dermoskopowych PPP pozwala na precyzyjne ustalenie rozpoznania oraz ograniczenie zastosowania terapii, chyba że dotyczy to wskazań „kosmetycznych”, głównie u pacjentów z wenerofobią. Zróżnicowanie PPP i kłykcin kończystych u pacjentów ze współistnieniem obu zmian pozwala również na ograniczenie obszaru poddawanego leczeniu.

Piśmiennictwo

1. Johnson BL Jr, Baxter DL. Pearly penile papules. Arch Dermatol 1964; 90: 166-7.
2. Neinstein LS, Goldenring J. Pink pearly papules: an epidemiologic study. J Pediatr 1984; 105: 594-5.
3. Agrawal SK, Bhattacharya SN, Singh N. Pearly penile papules: a review. Int J Dermatol 2004; 43: 199-201.
4. Sonnex C, Dockerty WG. Pearly penile papules: a common cause of concern. Int J STD AIDS 1999; 10: 726-7.
5. Khoo LS, Cheong WK. Common genital dermatoses in male patients attending a public sexually transmitted disease clinic in Singapore. Ann Acad Med Singapore 1995; 24: 505-9.
6. Rehbein HM. Pearly penile papules: incidence. Cutis 1977; 19: 54-7.
7. Magid M, Garden JM. Pearly penile papules: treatment with the carbon dioxide laser. J Dermatol Surg Oncol 1989; 15: 552-4.
8. Glicksman JM, Freeman RG. Pearly penile papules. A statistical study of incidence. Arch Dermatol 1966; 93: 56-9.
9. Bleeker MC, Hogewoning CJ, Voorhorst FJ. HPV-associated flat penile lesions in men of a non-STD hospital population: less frequent and smaller in size than in male sexual partners of women with CIN. Int J Cancer 2005; 113: 36-41.
10. Hogewoning CJ, Bleeker MC, van den Brule AJ. Pearly penile papules: still no reason for uneasiness. J Am Acad Dermatol 2003; 49: 50-4.
11. Ferenczy A, Richart RM, Wright TC. Pearly penile papules: absence of human papillomavirus DNA by the polymerase chain reaction. Obstet Gynecol 1991; 78: 118-22.
12. Neri I, Bardazzi F, Raone B, et al. Ectopic pearly penile papules: a paediatric case. Genitourin Med 1997; 73: 136.
13. Vesper JL, Messina J, Glass LF, Fenske NA. Profound proliferating pearly penile papules. Int J Dermatol 1995; 34: 425-6.
14. O'Neil CA, Hansen RC. Pearly penile papules on the shaft. Arch Dermatol 1995; 131: 491-2.
15. Ackerman AB, Kronberg R. Pearly penile papules. Acral angiofibromas. Arch Dermatol 1973; 108: 673-5.
16. Lane JE, Peterson CM, Ratz JL. Treatment of pearly penile papules with CO2 laser. Dermatol Surg 2002; 28: 617-8.
17. McKinlay JR, Graham BS, Ross EV. The clinical superiority of continuous exposure versus short-pulsed carbon dioxide laser exposures for the treatment of pearly penile papules. Dermatol Surg 1999; 25: 124-6.
18. Porter WM, Bunker CB. Treatment of pearly penile papules with cryotherapy. Br J Dermatol 2000; 142: 847-8.
19. Ocampo-Candiani J, Cueva-Rodriguez JA. Cryosurgical treatment of pearly penile papules. J Am Acad Dermatol 1996; 35: 486-7.
20. Ozeki M, Saito R, Tanaka M. Dermoscopic features of pearly penile papules. Dermatology 2008; 217: 21-2.
21. Vázquez-López F, Kreusch J, Marghoob AA. Dermoscopic semiology: further insights into vascular features by screening a large spectrum of nontumoral skin lesions. Br J Dermatol 2004; 150: 226-31.
22. Zalaudek I, Argenziano G, Di Stefani A. Dermoscopy in general dermatology. Dermatology 2006; 212: 7-18.
23. Vázquez-López F, Kreusch J, Marghoob AA. Dermoscopic semiology: further insights into vascular features by screening a large spectrum of nontumoral skin lesions. Br J Dermatol 2004; 150: 226-31.