

ВИТИЛИГО - приказ болеснице

Релић М.¹, Живановић Ј.², Крстић Н.¹

¹Клиника за дерматовенерологију, Медицински факултет, Универзитет у Приштини

²Здравствени центар, Крушевац

VITILIGO - case report

Релић М.¹, Живановић Ј.², Крстић Н.¹

¹Clinic for dermatological diseases, Faculty of Medicine, University of Priština

²Health centre, Kruševac

SUMMARY

Vitiligo manifests with hypopigmented and depigmented plates on the skin and mucous membranes. Etiopathogenic mechanism of disease appearing is not completely explained, though there are theories explaining the appearance of the disease. Precipitant factors, especially psychotic stress, are very important for the appearance of the disease. The patients usually come because of cosmetics defects, because vitiligo areas appear mostly on uncovered parts of a body. We are presenting a girl, with the first signs of the disease appeared when she was seven, located symmetrically periorbitally and in capilicium followed by polyosis. The beginning of the disease might be connected with a psychotic stress.

Key words: Hypopigmented maculae, Depigmented maculae, Polyosis.

САЖЕТАК

Витилиго се манифестује хипопигментованим и депигментованим плочама на кожи и слузокожама. Етиопатогенетски механизам настанка обољења није у потпуности разјашњен, мада постоје теорије које објашњавају настанак обољења. За настанак болести су важни и преципитирајући фактори, а посебно психички стрес. Болесници се углавном јављају због козметских недостатака јер се витилигиозна подручја јављају најчешће на откритим деловима тела. Приказујемо девојчицу код које су се прве промене јавиле у седмој години живота, локализоване симетрично периорбитално и у капилицуму праћене полиосом. Почетак болести се доводи у везу са психичким стресом.

Кључне речи: Хипопигментоване макуле, Депигментоване макуле, Полиосис.

УВОД

Витилиго је обољење са хипопигментованим и депигментованим плочицама на кожи и слузокожама. Хипо- и депигментација настаје због деструкције меланоцита у кожи, слузокожама, а вероватно и другим органима (1).

Назив витилиго потиче од речи vitellus (lat. Tele) и у народу је познат као "телећак" јер хипо- и депигментоване плоче, које су често ограничене хиперпигментованом ивицом дају кожи "шарен" изглед, нарочито уколико су захваћене веће површине коже.

Инциденција болести износи 1-2% у општој популацији (1,5).

Етиопатогенетски механизам пропадања меланоцита у кожи, слузокожама а вероватно и у другим органима није у потпуности разјашњен. Према неким ауторима важна је генетска улога, јер се породична појава среће у око 30% случајева оболелих (1,3,5).

Постоје три теорије које би могле да објасне етиопатогенетски механизам настанка овог обољења:

- *Неурално порекло* сматра се има важну улогу код сегментног облика витилига, када дисфункција нервног система оштећује функцију пигментних ћелија,

- *Аутоимуна теорија* се заснива на појави аутоимунних антитела (антимеланоцитних антитела) код једне групе оболелих, као и на удружености овог обољења са другим аутоимуним обољењима (Hashimoto thyroiditis, Diabetes mellitus, пернициозна анемија) и

- *Аутооксицидна теорија:* већина фенолских деривата и при локалном контакту делује меланоцитотоксично (радници хемијске индустрије). Такође се у синтези меланина стварају фенолска једињења па се сматра да биохемијски дефект и/или недостатак ензима у катаболизму фенолских радикала доводи до њиховог нагомилавања и последичне деструкције меланоцита (1,2,5).

Од витилига подједнако обољевају особе и мушког и женског пола, у свим добним узрастима, али у 50% случајева почиње до 20. године живота (1,3,5).

Описи клиничке слике овог обољења су се углавном односили на захваћеност коже, међутим, данас се све више придаје значај захваћености целог меланоцитног система (кожа, слузокоже, очи, лептоменинге, унутрашње уво) (1).

Према локализацији и проширености промена

разликују се следећи клинички облици витилига:

- *локализовани фокални витилиго* - лезије су у једном региону; локализовани сегментни витилиго - лезије су у подручју дерматома:

- *генерализовани акрофацијални витилиго* - лезије су на акрама екстремитета и лица;

- *генерализовани "вулгарис" облик* - расуте симетричне и асиметричне лезије и

- *универзални облик* - лезије су на целој или скоро целој кожи (1,2).

Прве промене се најчешће јављају на откривеним деловима тела: акре екстремитета, лице (периорорфицијано), ектензорне стране екстремитета, мада се могу јавити било где на кожи (1,2,4,5).

Карактеристична је појава оштро ограничених макула, овалног или округлог облика, различите величине, симетричног или асиметричног распореда, често и са конфлуенцијом. Макуле су млечно-беле боје, понекад са перифоликуларним острвцима пигментација. Ивица може бити инфламирана или са хиперпигментацијом ка здравој кожи. Због недостатка меланина витилигинозне плоче су појачано осетљиве на деловање сунчевог светла. У подручју витилига длаке су беле, а може се јавити и депигментација косе (*leukotrichia* или *poliosis circumscripta* - бели праменови косе) (1,2,3).

Болесници се углавном јављају због козметских недостатака или због соларног еритема у витилигинозним (амеланотичним) пределима (5).

Ток болести је хронично прогресијентан. Макуле се постепено шире, некада конфлуирају и јављају се нове промене. Репигментација почиње од перифоликуларне пигментације у виду пигментних тачкица које попуњавају витилигинозно жаристе. Спонтана репигментација је могућа (код 6-44% оболелих), али је најчешће козметски незадовољавајућа (1,2,4,5).

Диференцијално дијагностички се витилиго разликује од урођених хипопигментација и депигментација по касном настајању и еволуцији промена (1).

Терапија избора је ПУВА терапија, која се не примењује код деце млађе од 12 година. Деци се препоручују локални кортикостероидни препарати у току неколико месеци. Примена крема које штите од сунчевих зрака са високим фактором заштите (преко 15), да би се спречио настанак сунчаних опекотина (1,2,4).

ЦИЉ РАДА

Приказ девојчице оболеле од витилига са појавом депигментованих макула око очију и белих праменова косе. Почетак болести се повезује са психичким стресом.

ПРИКАЗ БОЛЕСНИЦЕ

Девојчица В.С., 8. година из Крушевца је амбулантно прегледана у Кожној амбуланти Здравственог центра Крушевац средином јуна 2000. године.

Добијени су анамнестички подаци о појави "белих мрља" око очију, које су почетку биле знатно мање и

једва приметне, али су се временом увећавале. Појавили су се и праменови "беле косе" испред ушију. Родитељи су приметили да "беле мрље" након излагања Сунцу поцрвене и да се "шире" тј. повећавају.



Слика 1. - *Витилиго*



Слика 2. - *Витилиго*

Појаву ових промена родитељи доводе у везу са психичким стресом, јер су прве промене почеле у току бомбардовања наше земље претходне године.

Рутинске лабораторијске анализе су у границама референтних вредности.

Status localis: депигментоване макуле млечно-беле боје, неправилног облика захватају кожу горњих и доњих очних капака, као и периорбиталну регију до обрва. Симетричног су распореда. Местимично видљива ла-

ко хиперпигментована острвца на витилигинозним променама. Ка здравој кожи присутна хиперпигментација. На граници капилицула и коже лица у темпоралној и преаурикуларној регији депигментоване макуле неправилног облика са праменовима *leukotrichiae* (poliosis) – слика бр. 1 и 2.

Препоручена је антисоларна заштита. Девојчица је упућена на Институт за дерматовенерологију КЦ Србије због немогућности спровођења одговарајуће терапије у нашим условима.

ДИСКУСИЈА

Витилиго може почети у било ком животном добу, али најчешће до 20-те године живота. Поред описаних етиопатогенетских механизма, у настанку витилига важну улогу имају и тзв. преципитирајући фактори: емоционални стрес, понављане трауме, излагање Сунцу. Код наше мале пацијенткиње појава болести се повезује са психичким стресом (у току бомбардовања наше земље). Јавила се на преглед средином јуна месеца, када су већ увелико почели сунчани дани и кожа њеног лица излагана сунцу.

Због немогућности спровођења одговарајуће терапије и лабораторијске дијагностике и велике забри-

нутости родитеља због ширења промена девојчица је упућена у већи центар.

ЗАКЉУЧАК

За сада не постоји ефикасна терапија, а с обзиром да је ток постепено прогредијентан и непредвидљив, прогноза је *quo ad sanationem* неповољна. Могућа је спонтана репигментација, али је она козметски незадовољавајућа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lalević–Vasić B.: Dishromije. U: Lalević–Vasić B. i sar.: Dermatovenerologija sa dermatovenerološkom propedeutikom, Savremena Administracija, Beograd, 1997, 135–137.
2. Basta–Juzbašić A.: Poremećaji pigmentacije i diskromije. U: Dobrić I. i sar.: Dermatovenerologija, Grafoplast, Zagreb, 1994., 258.
3. Zambal Z.: Poremećaji pigmentacije. U: Jakac D. i sar.: Dermatologija i venerologija, Medicinska knjiga, Beograd–Zagreb, 1989, 284–285.
4. Braun–Falco O. et al.: Disorders of melanin pigmentation. U: Braun–Falco O. et al.: Dermatology, 4 th ed. Berlin: Springer–Verlag, 1991: 710–715.
5. Rook A. et al.: Textbook of Dermatology. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1986.