

# Przypadek kliniczny mastocytozy współistniejącej z atopowym zapaleniem skóry

Małgorzata Czarny-Działak<sup>1</sup>, Jarosław Chmielewski<sup>2</sup>, Iwona Stanisławska<sup>3</sup>,  
Magdalena Florek-Łuszczki<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Instytut Nauk Medycznych, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

<sup>2</sup> Instytut Ochrony Środowiska – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

<sup>3</sup> Katedra Dietetyki, Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie

<sup>4</sup> Centrum Zdrowia Publicznego i Promocji Zdrowia, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

Czarny-Działak M, Chmielewski J, Stanisławska I, Florek-Łuszczki M. Przypadek kliniczny mastocytozy współistniejącej z atopowym zapaleniem skóry. Med Og Nauk Zdr. 2016; 22(4): 307–310. doi: 10.5604/20834543.1227615

## Streszczenie

**Wprowadzenie.** Nazwą mastocytozy określamy grupę chorób, które charakteryzują się patologicznym rozrostem mastocytów tzw. komórek tucznych oraz ich spichrzaniem w miejscach, w których zwykle się lokalizują, tzn. w skórze, błonach śluzowych, szpiku, niektórych narządach wewnętrznych. Są to choroby rzadkie, zachorowalność na mastocytozę wynosi poniżej 0,01%. Przyczyny mastocytozy nie są jeszcze dokładnie znane, zaś jej przebieg jest zróżnicowany i uzależniony od wieku chorego, typu choroby, zajętych narządów, reakcji na leczenie oraz obecności współistniejących schorzeń. Natomiast atopowe zapalenie skóry to jedna z najczęstszych chorób alergicznych skóry. Występuje z częstością ok. 10–20% u dzieci oraz 1–3% u osób dorosłych. Najczęściej pierwsze objawy choroby pojawiają się w 1. roku życia. W powstawaniu choroby bierze udział szereg mechanizmów immunologicznych. Z atopowym zapaleniem skóry mogą współistnieć inne schorzenia, zwłaszcza alergiczne; jest to związane z tzw. marszem alergicznym.

**Cel pracy.** Celem pracy jest opis przypadku 1,5 rocznego chłopca, u którego stwierdzono skórą postaci mastocytozy współistniejącą z atopowym zapaleniem skóry, które utrudniało rozpoznanie mastocytozy.

**Materiał i metody.** Badania oceny swoistych IgE za pośrednictwem panelu pediatrycznego mieszanego, badania kontrolne, tj. badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej, okresowe morfologie z rozmazem oraz analiza literatury w odniesieniu do opisywanego przypadku.

**Wnioski.** Dopiero wykonanie badania histopatologicznego umożliwiło postawienie trafnej diagnozy.

## Słowa kluczowe

mastocytoza, atopowe zapalenie skóry, komórki tuczne

## WSTĘP

Nazwą mastocytozy określamy grupę chorób, które charakteryzują się patologicznym rozrostem mastocytów tzw. komórek tucznych oraz ich spichrzaniem w miejscach, w których zwykle się lokalizują, tzn. w skórze, błonach śluzowych, szpiku, niektórych narządach wewnętrznych. Przyczyny mastocytozy nie są znane, zaś przebieg jest zróżnicowany i uzależniony od wieku chorego, typu choroby, zajętych narządów, reakcji na leczenie oraz obecności współistniejących schorzeń. Do chorób mogących współistnieć z mastocytozą zaliczamy alergię oraz schorzenia mieloproliferacyjne. Po raz pierwszy pokrzywkę barwnikową opisał Unna w 1887 roku, natomiast postać ze współistniejącym zajęciem narządów wewnętrznych – Ellis w 1949 roku. Mastocytoza występuje z częstością poniżej 0,01% w populacji ogólnej, jednak z uwagi na dużą trudność z rozpoznawaniem może to być wielkość niedoszacowana. W większości przypadków mastocytoza rozpoczyna się w dzieciństwie zmianami skórnymi. W 80% przypadków objawy pojawiają się w okresie niemowlęctwa, często wchodząc w remisję w okresie dorastania. Drugi szczyt ujawniania się choroby występuje w trzeciej do czwartej dekadzie życia, niestety pojawienie się mastocytozy w tym wieku rokuje aż w 90% przejście w układową postać choroby,

Tabela 1. Klasyfikacja mastocytozy wg WHO

1. Postać skórna
a) <i>Urticaria pigmentosa</i>
b) Uogólniona skórna mastocytoza
c) Mastocytoma skóry
2. Systemowa mastocytoza o powolnym przebiegu
a) Izolowana mastocytoza szpiku kostnego
3. Mastocytoza układowa z klonalnym rozrostem linii komórkowych niemastocytarnych
4. Agresywna układowa mastocytoza
5. Białaczka mastocytarna
6. Chłoniak mastocytarny
7. Mastocytoma w narządach poza skórą

najczęściej o łagodnym przebiegu. Najcięższe postaci mastocytozy występują u mniej niż 10% chorych [1].

Mastocytoza skóry to rzadko występująca dermatoma, w której dochodzi do nadmiernego wytwarzania i w związku z tym, nagromadzenia mastocytów w skórze. Choroba ta może rozwinąć się w każdym wieku, ale najczęściej ujawnia się w niemowlęctwie lub wczesnym dzieciństwie. Sporadycznie pierwsze objawy mogą się rozwinąć po 20. roku życia. Rodzinne występowanie tego schorzenia jest rzadko odnotowywane. Do postaci klinicznych mastocytozy skóry zaliczamy postać plamisto-grudkową, uogólnioną oraz mastocytomę skóry. Kryteria rozpoznawania mastocytozy skóry obejmują kryterium większe, tzn. obecność typowych

Adres do korespondencji: Małgorzata Czarny-Działak, Instytut Nauk Medycznych, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach E-mail: drmczarny@interia.pl

Nadesłano: 18 sierpnia 2016; zaakceptowano do druku: 6 grudnia 2016

zmian skórnych z dodatnim objawem Dariera, oraz kryteria mniejsze: stwierdzenie w badaniu histologicznym i immunohistochemicznym monomorficznego nacieku z mastocytów oraz stwierdzenie tzw. mutacji KIT w kodonie 816 w mastocytach pobranych ze skóry zmienionej chorobowo. Najważniejsze jest spełnienie kryterium większego [1]. Objaw Dariera polega na pojawieniu się: świądu, rumienia, obrzęków i pęcherzyków pod wpływem pocierania określonego obszaru skóry przez ok. 10 sekund opuszką palca. Pocierana skóra musi zawierać patologiczne wykwity. Należy przy tym pamiętać, że skóra jest zwykle pierwszym narządem objętym procesem chorobowym i na niej też zmiany lokalizują się najczęściej. W każdej postaci mastocytozy występują objawy narządowe spowodowane uwalnianiem mediatorów. Mogą one dotyczyć bardzo różnych narządów, takich jak układ krążenia, przewód pokarmowy, układ nerwowy czy kostno-stawowy. Do najczęstszych objawów zaliczamy: nadciśnienie, ale też nawrotowe niedociśnienie, bóle brzucha, biegunkę, osteoporozę, pokrzywkę, obrzęk naczynioruchowy, objawy neurologiczne, w tym bóle głowy. Mogą występować też objawy ogólnoustrojowe, jak gorączka, spadek masy ciała do wyniszczenia włącznie. W przebiegu mastocytozy może też dochodzić do uszkodzenia szpiku a w związku z tym do rozwoju niedokrwistości, trombotycypemii i neurogenni. Ta ostatnia odpowiada za często nawracające infekcje. Leczenie polega na stosowaniu leków przeciwhistaminowych (H1-blokerów) w przypadku wystąpienia objawów, przy czym przy nasilonym świądzie warto dołączyć kromoglikan dwusodowy, który jest znanym od dawna stabilizatorem błon komórkowych. W przypadku nawrotowego świądu, pokrzywki i rumienia należy rozważyć stałą terapię wskazanymi lekami. Natomiast u pacjentów z objawami ze strony przewodu pokarmowego należy stosować łączne leczenie blokerami receptorów histaminowych typu pierwszego (H1-blokery) oraz drugiego (H2-blokery). W przypadku obecności rozległej pokrzywki barwnikowej wskazana jest terapia PUVA. Rokowanie u dzieci chorujących na mastocytozę skóry jest dobre; w większości przypadków zmiany na skórze ustępują u nich całkowicie lub częściowo przed, w czasie lub tuż po okresie pokwitania. W bardzo małej grupie chorych zmiany pozostają i najczęściej w tej grupie dochodzi do rozwoju postaci układowej mastocytozy [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

Atopowe zapalenie skóry to jedna z najczęstszych chorób alergicznych skóry. Występuje z częstością ok. 10–20% u dzieci oraz u 1–3% osób dorosłych. Najczęściej pierwsze objawy choroby pojawiają się w 1. roku życia. W powstawaniu choroby bierze udział szereg mechanizmów immunologicznych. Należą do nich: I typ reakcji (reakcja natychmiastowa mediowana przeciwciałami klasy IgE) i IV typ reakcji (odpowiedź typu komórkowego tzn. opóźnionego) wg Gella i Coombsa, reakcje autoagresji oraz aktywność superantygenu bakteryjnych, grzybiczych i wirusowych. Rozpoznawanie choroby opiera się na kryteriach Hanifina i Rajki. Muszą być spełnione co najmniej 3 kryteria duże i 3 kryteria małe, aby rozpoznać atopowe zapalenie skóry.

Leczenie atopowego zapalenia skóry jest trudne ze względu na przewlekły i nawrotowy przebieg, obejmuje ono zarówno leczenie miejscowe, jak i ogólnoustrojowe oraz właściwą pielęgnację suchej skóry z unikaniem czynników drażniących. W leczeniu miejscowym znajdują zastosowanie głównie preparaty glikokortykosteroidowe oraz inhibitory kalcyneuryny (takrolimus i pimekrolimus). W leczeniu ogólnym

**Tabela 2.** Kryteria duże i małe wg Hanifina i Rajki

Kryteria główne (duże)	Kryteria dodatkowe (małe)
1. Świąd skóry	1. Suchość skóry
2. Przewlekły i nawrotowy przebieg	2. Rybia łuska
3. Wywiad atopowy osobisty lub rodzinny	3. Rogowacenie mieszkowe
4. Charakterystyczna morfologia i lokalizacja zmian	4. Biały dermografizm
	5. Skłonność do niespecyficznego stanu zapalnego dłoni i stóp
	6. Dodatkowy fałd na dolnej powiece (objaw Dennie-Morgana)
	7. Pogłębiony fałd szyjny
	8. Świąd po spocieniu
	9. Nietolerancja pokarmowa
	10. Nietolerancja wełny
	11. Zaostrzenia po stresie
	12. Skłonność do natychmiastowych reakcji skórnych
	13. Podwyższony poziom IgE w surowicy
	14. Skłonność do nawrotowych zakażeń skóry
	15. Zapalenie czerwieni wargowej
	16. Zacienienie wokół powiek
	17. Nawrotowe zapalenie spojówek
	18. Wczesny początek zmian
	19. Zaćma
	20. Stożek rogówki
	21. Łupież biały
	22. Wyprysk sutków
	23. Rumień na twarzy
	24. Akcentacja mieszków włosowych

głównie stosuje się leki przeciwhistaminowe I i II generacji, które działają przede wszystkim przeciwświądowo. W przypadku uogólnionego zapalenia skóry stosuje się też doustnie kortykosteroidy, natomiast przy najcięższych postaciach atopowego zapalenia skóry niepoddających się praktycznie wcale leczeniu zaleca się leki immunosupresyjne [10, 11, 2].

## CEL PRACY

Opis trudnego pod względem diagnostycznym przypadku 1,5 rocznego chłopca, u którego rozpoznano skórną postać mastocytozy współistniejącą z atopowym zapaleniem skóry.

## MATERIAŁ I METODY

Podstawę analizy przypadku chorego dziecka z utrzymującymi się od wczesnego dzieciństwa zmianami na skórze (tj. od 2. miesiąca życia stwierdzono zmiany rozsiane na praktycznie całej skórze, o charakterze drobnych brunatno-czerwonych blaszek, z którymi współistnieją zmiany rumieniowo-żółtaczające, obecne zwłaszcza na tułowiu i kończynach górnych) stanowiły badania oceny swoistych IgE za pośrednictwem panelu pediatrycznego mieszanego, jak również badania

kontrolne (badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej, okresowe morfologie z rozmazem) oraz analiza literatury przedmiotu mająca zastosowanie w opisywanym przypadku.

## WYNIKI BADAŃ

W wykonanych badaniach oceny swoistych IgE za pośrednictwem panelu pediatrycznego mieszanego uzyskano: alergeny pokarmowe dodatnie na: jabłko, dorsz, tzn. obecność swoistych przeciwciał klasy IgE, skierowanych przeciwko tym alergenom w stężeniu odpowiadającym klasie 1, a także na soję, mleko krowie, białko jaja kurzego, marchew – w klasie 2, poza tym na orzech ziemny powyżej klasy 4. Zaś w panelu alergenów wziewnych swoiste IgE w klasie 2 na brzozę, w klasie 1 na pyłek bylicy, *Dermatophagoides farinae* (roztocza) oraz na naskórek konia. Z powodu obecności zmian na skórze, konieczności ciągłego podawania leków przeciwhistaminowych (blokujących skórę) oraz wieku dziecka, który dawał możliwość zaledwie ograniczonej współpracy nie wykonano punktowych testów skórných.

Przyjmuje się, że im wyższe stężenie swoistych przeciwciał klasy IgE, tym wyższy stopień uczulenia na dany alergen, ale tylko gdy potwierdzają to dane z wywiadu. Zawsze ocena obecności swoistych przeciwciał klasy IgE, niezależnie, czy zostały wykryte w skórze, czy w krwi, powinna zostać poddana weryfikacji istotności, tzn. zbadaniu, czy pomiędzy ich obecnością a występowaniem objawów klinicznych jest korelacja. W przypadku naszego pacjenta zwraca uwagę niezwykle wysoki poziom swoistych IgE skierowanych przeciwko alergenowi orzecha ziemnego – powyżej 4 klasy oraz reakcje na inne alergeny w niższych klasach. Jeśli chodzi o alergeny pokarmowe, to ich spożycie przez pacjenta, nawet w niewielkiej ilości, wydaje się mieć bezpośredni wpływ na zaostrzenie przebiegu klinicznego obu chorób. Początkowo u dziecka rozpoznano tylko atopowe zapalenie skóry, jednak z uwagi na nietypowy obraz kliniczny (rozsiane zmiany na praktycznie całej skórze o charakterze drobnych brunatno-czerwonych blaszek, z którymi współistnieją zmiany rumieniowo-złuszczające obecne zwłaszcza na tułowiu i kończynach górnych) oraz charakterystyczny dla mastocytozy objaw Dariera wykonano biopsję skóry i z niej badanie histopatologiczne. Stwierdzono w nim obecność nacieku z mastocytów tryptazo-dodatnich. W pierwszym wykonanym badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej stwierdzono powiększoną wątrobę, śledziona pozostawała cały czas niepowiększona. Inne narządy w tym badaniu także były bez widocznych zmian. Kontrolne badanie USG wykazało brak powiększenia narządów miękkich. Zebrano także szczegółowy wywiad rodzinny, jednak okazał się on nieobciążający (jedynie brat pacjenta ma alergiczny

**Tabela 5.** Rozkład klas w zależności od stężeń w kU/L

Stężenie kU/L	Klasa
< 0,35	0
0,35–0,69	1
0,70–3,49	2
3,50–17,4	3
17,5–49,9	4

nieżyt nosa). Obecnie dziecko pozostaje w stanie ogólnym dobrym. W badaniu fizykalnym zwracają uwagę utrzymujące się zmiany skórne o podobnym charakterze i lokalizacji oraz powiększone obwodowe węzły chłonne. Dziecko jest obecnie pod opieką kilku poradni specjalistycznych, w tym dermatologicznej oraz alergologicznej. Z uwagi na możliwość rozwoju postaci układowej mastocytozy ma wykonywane liczne badania kontrolne, takie jak badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej, okresowe morfologie z rozmazem. Obecnie pozostaje na diecie zapewniającej wyłączenie uczulających go produktów, stosowana jest też właściwa pielęgnacja suchej skóry – często, nawet kilka razy dziennie, jest smarowane emolientami, z wykluczeniem preparatów, po których występuje zaostrzenie zmian: nastąpiła bardzo żywa reakcja po preparacie emolientu zawierającym w swoim składzie soję – uogólnione zaczerwienienie z towarzyszącym masywnym świądem skóry.

## DYSKUSJA

Mastocytoza jest rzadką chorobą, zachorowalność na mastocytozę wynosi poniżej 0,01%. W schorzeniu tym dochodzi do patologicznego rozrostu mastocytów oraz ich spichrzania w miejscach, w których zwykle się lokalizują, tzn. w skórze, błonach śluzowych, szpiku, niektórych narządach wewnętrznych. Należy pamiętać, że mastocytozy stanowią bardzo zróżnicowaną grupę chorób, mogą z nimi też współistnieć niektóre inne schorzenia, które zmieniają przebieg kliniczny a tym samym utrudniają rozpoznanie, a tym samym opóźniają wdrożenie właściwego leczenia. Do chorób mogących współwystępować z mastocytozą zaliczamy alergię oraz schorzenia mieloproliferacyjne [1]. Jedną z chorób z kręgu alergicznych mogących współistnieć z mastocytozą jest atopowe zapalenie skóry, w przebiegu którego na skórze tworzą się także zmiany, ale o charakterze grudek, a następnie pęcherzyków na podłożu rumieniowym, które przekształcają się w nadżerki i strupy, często ze współistniejącymi, zwłaszcza później, przeczosami i złuszczeniem [11, 2]. Należy zdawać sobie sprawę, że poszczególne postaci mastocytozy różnią się etiopatogenezą, przebiegiem oraz rokowaniem. Osoby

**Tabela 3.** Wykonany panel alergenów pokarmowych

Alergeny	Orzech ziemny	Mleko	Białko jaja kurzego	Żółtko jaja kurzego	Ziemniak	Marchew	Jabłko	Soja	Dorsz	Mąka pszenna
Wyniki (kU/L)	> 100	1,20	0,90	< 0,15	< 0,15	1,10	0,68	1,10	0,45	0,31

**Tabela 4.** Wykonany panel alergenów wziewnych

Alergeny	Brzoza	Tymotka łąkowa	Bylica	Roztocza I	Roztocza II	Naskórek psa	Naskórek kota	Naskórek konia	Asp. fum.	Clad. herb.
Wyniki (kU/L)	0,82	0,23	0,35	0,23	0,35	< 0,15	< 0,15	0,35	< 0,15	< 0,15

Objaśnienia:

Roztocza I – *Dermatophagoides pteronyssimus*; Roztocza II – *Dermatophagoides farinae*; Asp. fum. – *Aspergillus fumigatus*; Clad. herb. – *Cladosporium herbarum*

z mastocytozą, szczególnie skórą postaciami rozlaną, mogą też doświadczyć przekształcenia tej choroby w jej postaci układową oraz reagować wstrząsem anafilaktycznym na różne bodźce, takie jak: ukąszenia owadów, niektóre pokarmy, stres, wysiłek fizyczny, infekcje, które u osób bez mastocytozy znacznie rzadziej wywołują anafilaksję. W związku z tym leczenie nawet łagodnej postaci tej choroby obejmuje unikanie czynników wyzwalających uwalnianie histaminy (histaminoliberatorów), stosowanie leków przeciwhistaminowych – H1-blokerów, a przy współistniejących objawach ze strony przewodu pokarmowego, także H2-blokerów. Niezwykle ważna jest też okresowa kontrola parametrów laboratoryjnych oraz częste badanie fizykalne. W przebiegu mastocytozy mogą występować objawy ze strony różnych narządów związane z uwalnianiem mediatorów z mastocytów. Ze strony przewodu pokarmowego najczęstszym objawem jest biegunka, której mogą towarzyszyć bóle brzucha. Objawy te występują u ponad 40% dzieci z pokrzywką barwnikową. Może także dochodzić do wystąpienia nadkwaśności i choroby wrzodowej żołądka oraz objawów dyspeptycznych.

Z powodu uszkodzenia szpiku w przebiegu mastocytozy może dochodzić do rozwoju niedokrwistości, trombocytopenii i neurogenni. Ta ostatnia odpowiada za często nawracające infekcje, w tym również infekcje skóry i błon śluzowych [3, 1]. To także może utrudniać prawidłową diagnozę i kierować rozpoznaniem w kierunku innych schorzeń, np. zaburzeń odporności. Trudności diagnostyczne są spowodowane przede wszystkim rzadkim występowaniem mastocytozy skóry oraz koniecznością wykluczenia innych chorób, których objawem jest gromadzenie komórek tucznych w skórze. Niezbędne jest też wykluczenie współistnienia postaci układowej mastocytozy.

## WNIOSKI

1. Na przykładzie omówionego przypadku chłopca, u którego rozpoznano skórą postać mastocytozy współistniejącą

z atopowym zapaleniem skóry widać, jak wnikliwą należy prowadzić diagnostykę różnicową, zwłaszcza jeśli przebieg schorzenia odbiega od typowego.

2. Stawiając diagnozę, zawsze trzeba brać pod uwagę także rzadko występujące schorzenia, takie jak właśnie mastocytoza.
3. Niewłaściwe rozpoznanie może bowiem opóźnić wdrożenie właściwego leczenia, a tym samym przyczynić się do pogorszenia rokowania.
4. W przypadku rozpoznania mastocytozy skóry konieczne jest również wykluczenie współistnienia postaci układowej mastocytozy.

## PIŚMIENNICTWO

1. Niedożytko M. Mastocytoza rozpoznanie i leczenie. Wydawnictwo Benkowski; Białystok 2007: 15–124.
2. Kurzawa R. Atopowe zapalenie skóry. *Help Med.* Kraków 2007: 5–86.
3. Czelej D. Mastocytozy u dzieci i dorosłych – rozpoznawanie i postępowanie. *Borgis – Nowa Medycyna.* 2006; 4: 83–87.
4. Verburg M. Rush immunotherapy for wasp venom allergy seems safe and effective in Patients with mastocytosis. *Eur Ann Allergy Clin Immunol.* 2015; 6: 192–196.
5. Zegpi-Trueba MS. Mastocytosis: Case report and literature review. *Rev Chil Pediatr.* 2015; 15: 00219–3.
6. Gulen T. Mastocytosis: the puzzling clinical spectrum and challenging diagnostic aspects of an enigmatic disease. *J Intern Med.* 2016; 3: 211–228.
7. Hartmann K. Cutaneous manifestations in patients with mastocytosis: Consensus report of the European Competence Network on Mastocytosis; the American Academy of Allergy, Asthma & Immunology; and the European Academy of Allergology and Clinical Immunology. *J Allergy Clin Immunol.* 2016; 1: 35–45.
8. Azana JM. Uptade on Mastocytosis (Part 1): Pathophysiology, Clinical Features, and Diagnosis. *Actas Dermosifiliogr.* 2016; 1: 5–14.
9. Azana JM. Uptade on Mastocytosis (Part 2): Categories, Prognosis, and Treatment. *Actas Dermosifiliogr.* 2016; 1: 15–22.
10. Cudowska B. Atopy patch test in the diagnosis of food allergy in children with atopic eczema dermatitis syndrome. *Rocz Akad Med Białymst.* 2005; 50: 261–7.
11. Mędrala W (red.). *Podstawy alergologii.* Górnicki Wydawnictwo Medyczne. Wrocław 2006: 257–269.

# Clinical case mastocytosis coexisting with atopic dermatitis

## Abstract

**Introduction.** Mastocytosis is the name given to a group of diseases characterized by the pathological proliferation of so-called mast cells, and mast cells in their storage material where they usually locate: the skin, mucous membranes, bone marrow and some internal organs. These are rare diseases, the prevalence of mastocytosis being less than 0.01%. The causes of mastocytosis are not known while the course is varied and depends on the patient's age, type of disease, the affected organs, response to therapy and the presence of comorbid conditions. Atopic dermatitis is one of the most common allergic diseases of the skin, with an incidence of 10–20% in children and 1–3% of adults. The most common initial symptoms appear during the first year of life. The emergence of the disease involves a number of immune mechanisms. With atopic dermatitis may coexist with other allergic diseases, especially those related to the so-called atopic march.

**Objective.** The aim of the study was to describe the case of 1.5-year-old boy diagnosed with the form of cutaneous mastocytosis coexistent with atopic dermatitis, which made the diagnosis of mastocytosis difficult.

**Methods and material.** Examination of the specific IgE by means of a mixed panel – paediatric, control examinations, i.e. abdomen ultrasound scan, periodic blood tests including blood count, and the above-mentioned case desk research.

**Conclusions.** The histopathological examination enabled the right diagnosis to be made.

## Keywords

mastocytosis, atopic dermatitis, mast cells