

IV Konferencja Akademii Dermatologii (18–19 czerwca 2021) Doniesienia konferencyjne

Porokeratoza jako problem kliniczny

Aleksandra Kapuśniak

Oddział Kliniczny Dermatologii, Szpital Wojewódzki w Opolu

Wprowadzenie. Porokeratozy stanowią rzadką grupę schorzeń, których istotą jest zaburzenie procesu rogowacenia skóry. Należą do chorób z grupy genodermatoz zakwalifikowanych do rogowaceń kanalikowych. Etiopatogeneza porokeratozy jest złożona i wieloczynnikowa. Etiologia schorzenia nie jest dokładnie poznana. W patogenezie rozważa się predyspozycje genetyczne z autosomalnie dominującym modelem dziedziczenia. Przypadki nabyte spowodowane są mutacjami somatycznymi. Choroba częściej występuje u chłopców oraz u młodych dorosłych mężczyzn.

Dyskusja. Do czynników ryzyka rozwoju choroby należą:

- immunosupresja,
- podatność genetyczna – niestabilność krótkiego ramienia chromosomu 3 (3p12–14),
- promieniowanie UV, w tym fotochemioterapia,
- zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego (*human papillomavirus* – HPV),
- urazy mechaniczne.

Obraz kliniczny. Wykwitem pierwotnym jest czerwonobrązowa grudka z czopem rogowym w centrum zmiany. Zmiana szerzy się odśrodkowo, tworząc obrączkowate, nieregularne ogniska z zanikiem w centrum i na obwodzie wyraźnie odgraniczonym białym rowkiem, wypełnionym łuską (ryc. 1). Każdą z odmian porokeratozy charakteryzują pewne odmienne cechy kliniczne, wszystkie jednak łączą podobny obraz histopatologiczny oraz dermatoskopowy.

Obraz histopatologiczny. Wąskie kolumny ciasno ułożonych parakeratocytów, tzw. blaszek rogowych (*cornoid lamellae*), wychodzących z ognisk ścieńczonej lub nieprawidłowej warstwy ziarnistej.

Obraz dermatoskopowy. Widoczne są:

- jasne homogenne zanikowe centrum,
- biała dyskretna łuska,
- białe lśniące struktury,
- brązowoczerwone grudki i globule wzdłuż brzegu zmiany,
- hiperpigmentacyjna lub biała obwódka z podwójnym brzegiem,

- polimorficzne naczynia w postaci kropek, kłębuszków, linii,
- drobne nadżerki i wynaczynienia na obwodzie zmiany (ryc. 2).

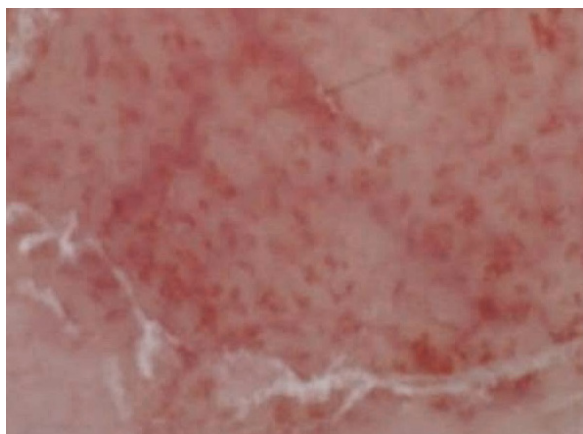
Okolo 7,5 % zmian związanych z występowaniem ognisk porokeratozy może ulec transformacji nowotworowej. Na podłożu ognisk porokeratozy mogą rozwinąć się: rak kolczystokomórkowy, rak podstawnokomórkowy oraz choroba Bowena.

Podsumowanie. Ze względu na możliwość rozwoju procesu nowotworowego w obrębie ogniska porokeratozy zasadne jest jego skuteczne leczenie i ścisła obserwacja z regularną oceną dermatoskopową.

Słowa kluczowe: porokeratozy, dermatoskopia



Rycina 1. Porokeratoza – obraz kliniczny



Rycina 2. Porokeratoza – obraz dermatoskopowy

Usunięcie rozległej brodawki łojotokowej skóry lewej piersi ultradźwiękami o wysokiej częstotliwości (HIFU) u 68-letniej pacjentki – opis przypadku

Monika Migdał^{1,2}, Jacek Calik^{1,2}

¹Old Town Clinic, Wrocław

²Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

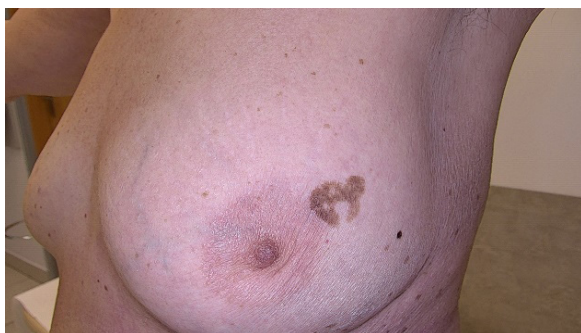
Wstęp. Rogowacenie łojotokowe jest powszechnym łagodnym rozrostem komórek naskórka, który może wystąpić niemal w każdej lokalizacji na skórze, z wyjątkiem błon śluzowych oraz części podeszwy stóp i dłoni. Problem ten dotyczy na ogół osób po 30. r.ż., a częstotliwość występowania wzrasta z wiekiem. Pomimo łagodnego charakteru, zmiany mogą stanowić problem natury funkcjonalnej i estetycznej. Z tego powodu pacjenci często decydują się na ich usunięcie.

Opis przypadku. Prezentujemy przypadek usunięcia brodawki łojotokowej przy zastosowaniu fali ultradźwiękowej o wysokiej częstotliwości (*high intensity focused ultrasound* – HIFU) za pomocą urządzenia System ONE-M (TOOsonix Horsholm, Dania). 68-letnia kobieta zgłosiła się do poradni onkologicznej zaniepokojona rosnącą od 3 lat i swędzącą zmianą na lewej piersi (ryc. 1). Dermatoskopowo zdiagnozowano brodawkę łojotokową. Cechowały ją: dobre odgraniczenie, obecność grubych, brązowych, zagiętych linii, brązowy obszar bezstrukturalny, naczynia typu pętli, brązowe grudki (ryc. 2). Ze wskazań funkcjonalnych zmianę poddano zabiegowi HIFU w ustawieniach: głowica 0,8 mm, czas ekspozycji 150 ms, energia 1,1 J. Następnie, po upływie 4 i 8 tygodni przeprowadzono badania

kontrolne z archiwizacją wideodermatoskopową (ryc. 3, 4). Po 4 tygodniach stwierdzono znaczną regresję zmiany z obecnością licznych szaro-niebieskich grudek i kropek oraz licznych, linijnych, rozgałęzionych, odczynowych naczyń krwionośnych. Po 8 tygodniach liczba naczyń krwionośnych zmniejszyła się, mniejsza była też intensywność kolorów szaro-niebieskich grudek (ryc. 5).

Podsumowanie. Zastosowanie HIFU pozwoliło na skuteczne, częściowe usunięcie brodawki łojotokowej z dobrą tolerancją zabiegu. W oparciu o monitoring cyfrowy wykazano, że procesy resorpcji zmiany zachodzą w skórze przez wiele tygodni przy jedocześnie bardzo szybkim i trwałym efekcie wizualnym.

Słowa kluczowe: brodawka łojotokowa, HIFU



Rycina 1. Zmiana przed zabiegiem



Rycina 2. Obraz wideodermatoskopowy zmiany przed zabiegiem (powiększenie 20x)



Rycina 3. Obraz wideodermatoskopowy zmiany po upływie 4 tygodni od zabiegu (powiększenie 20x)



Rycina 4. Obraz wideodermatoskopowy zmiany po upływie 8 tygodni od zabiegu (powiększenie 20x)



Rycina 5. Zmiana 8 tygodni po zabiegu – obraz makro

Guzy kolizyjne. Kolizja barwnikowej postaci raka podstawnokomórkowego z hiperplazją gruczołów łojowych – opis przypadku

Bartosz Woźniak^{1,3} Jacek Calik^{1,2}

¹Old Town Clinic, Wrocław

²Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

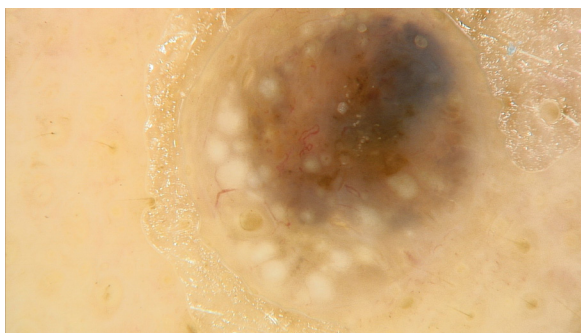
³Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

Wstęp. Termin guzy kolizyjne (*collision tumors*) oznacza jednoczesne współistnienie dwóch lub więcej różnych nowotworów w obrębie jednego obszaru skóry. Możliwy jest każdy wariant koegzystencji guzów – zarówno zmiany łagodnej z łagodną, złośliwej ze złośliwą, jak i złośliwej z łagodną. Najczęstszym zestawieniem zmiany złośliwej z łagodną jest współistnienie raka podstawnokomórkowego z brodawką łojotokową.

Opis przypadku. Prezentujemy przypadek rzadkiego współwystępowania barwnikowej postaci raka podstawnokomórkowego z hiperplazją gruczołów łojowych. Zmiana pojawiła się na czole 36-letniego mężczyzny, który zawodowo dużo czasu spędza na wolnym powietrzu (ryc. 1). Obraz dermatoskopowy składał się z dwóch wzorów: białych grudek poprzeplatanych linijnymi naczyniami nieprzechodzącymi przez środkową część zmiany oraz z dużej niebieskiej grudki ze współistnieniem naczyń linijnych rozgałęzionych oraz linijnych w kształcie pętli (ryc. 2). W diagnostyce różnicowej, poza guzem kolizyjnym, należy brać pod uwagę nowotwór z przydatków skóry, np. nabłoniaka włosowego, czerniaka lub brodawkę łojotokową. Wynik badania histopatologicznego wykazał współistnienie zmiany łagodnej będącej przerostem gruczołów łojowych oraz raka podstawnokomórkowego.



Rycina 1. Zmiana na czole pacjenta



Rycina 2. Obraz dermatoskopowy kolizji barwnikowej postaci raka podstawnokomórkowego z hiperplazją gruczołów łojowych

Podsumowanie. Diagnostyka dwóch zmian współistniejących jest trudna i obciążona dużym ryzykiem błędnego rozpoznania. W efekcie może to prowadzić do nieprawidłowego leczenia. Dlatego w diagnostyce guzów kolizyjnych niezwykle ważna jest współpraca klinicysty z patomorfologiem.

Słowa kluczowe: guzy kolizyjne, rak podstawnokomórkowy, przerost gruczołów łojowych, dermatoskopia

Rak Arninga – opis przypadku

Bartosz Woźniak^{1,3} Jacek Calik^{1,2}

¹Old Town Clinic, Wrocław

²Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

³Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

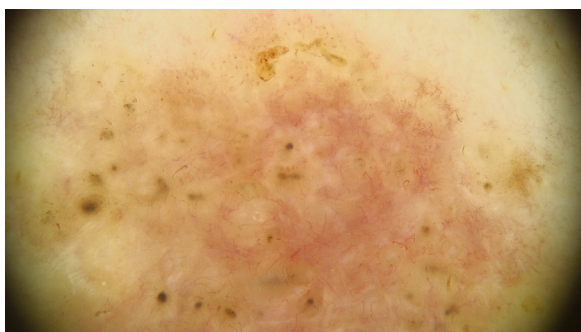
Wprowadzenie. Rak Arninga, czyli wieloogniskowy powierzchowny rak podstawnokomórkowy (*superficial multicentric basal cell carcinoma*) stanowi blisko 20% wszystkich raków podstawnokomórkowych. Czyni to go drugim najczęstszym podtypem tego nowotworu. Inaczej niż pozostałe podtypy raka podstawnokomórkowego, które najczęściej lokalizują się w okolicy głowy i szyi, rak Arninga zwykle diagnozowany jest na tułowiu lub kończynach. Jest to najmniej inwazyjny podtyp raka podstawnokomórkowego.

Opis przypadku. Pacjent 52-letni ze zmianą rumieniową o średnicy około 3 cm na plecach (ryc. 1). Dermatoskopowo na różowym tle znajdują się liczne szaroniebieskie różnej wielkości grudki rozmieszczone niesymetrycznie. Na całej powierzchni zmiany widać różnokształtne jasnopomarańczowe grudki odpowiadające owrzodzeniom. W dolnym biegunie zmiany znajduje się biała grudka – pseudotorbiel rogowa. Ponadto widoczne są białe linie ułożone prostopadle wobec siebie. W obrębie różowego tła znajdują się liczne naczynia linijne rozgałęzione oraz krótkie proste naczynia linijne. Na całej powierzchni zmiany widoczne są (przede wszystkim w świetle spolaryzowanym) małe białe homogenne obszary bezpostaciowe (ryc. 2, 3).

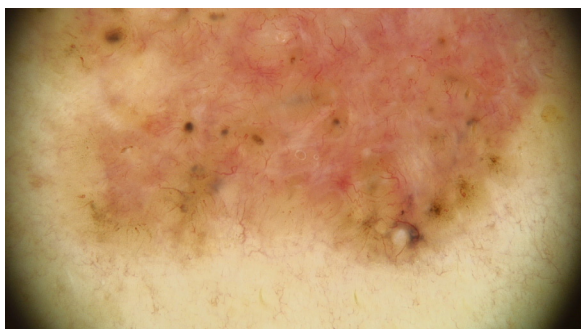
Wnioski. Opisany przypadek wskazuje na duże znaczenie dermatoskopii w różnicowaniu wolno wzrastających rumieniowych zmian w obrębie tułowia i kończyn, które należy różnicować z łuszczycą, wypryskiem, a także chorobą Bowena.



Rycina 1. Zmiana rumieniowa o średnicy około 3 cm na plecach pacjenta



Rycina 2. Obraz dermatoskopowy zmiany



Rycina 3. Obraz dermatoskopowy – pseudotorbiel rogowa

Prawidłowe rozpoznanie struktur dermatoskopowych charakterystycznych dla raka Arninga pozwala na szybkie wdrożenie skutecznej terapii.

Słowa kluczowe: wieloogniskowy powierzchniowy rak podstawnocomórkowy, zmiany rumieniowe, dermatoskopia.

Rozmieszczenie wzorców naczyniowych w rogowiakach jasnokomórkowych

Paweł Pietkiewicz^{1,2,3}

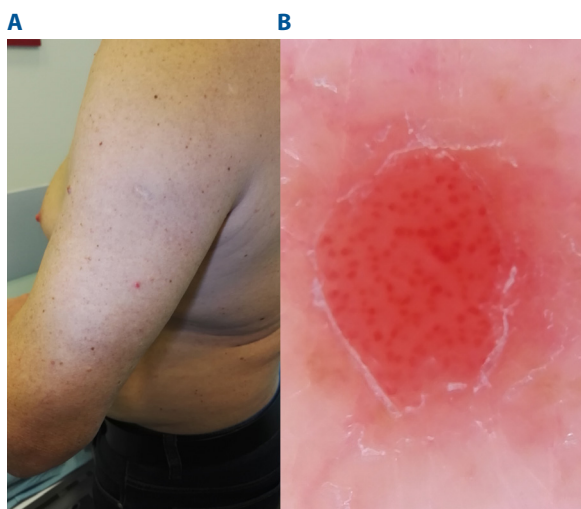
¹Poradnia Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań

²Polska Grupa Dermatoskopowa

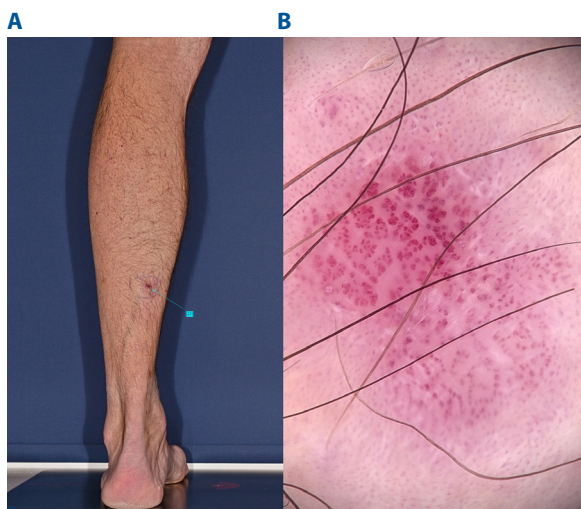
³Skin Cancer Institute, Singapur

Wstęp. Rogowiak jasnokomórkowy (*clear cell acanthoma* – CCA) jest rzadkim łagodnym guzem pochodzenia naskórkowego. Występuje przeważnie w populacji starszych pacjentów, jako pojedynczy, wyraźnie odgraniczony wolno rosnący różowo-czerwony guzek, który nie daje żadnych objawów subiektywnych. Jego obraz kliniczny może sugerować podrażnioną brodawkę wirusową, rogowacenie łojotokowe lub słoneczne, ziarniniaka naczyniowego, włókniaka twardego, gruczolaka potowego ekrynowego, guzkowo-torbielowatego gruczolaka potowego, raka podstawnocomórkowego, raka kolczystocomórkowego *in situ*, a nawet achromicznego czerniaka. Zaprezentowano 2 przypadki CCA z charakterystycznym rozmieszczeniem odmiennych wzorców naczyniowych (ryc. 1, 2).

Dyskusja. Uważa się, że CCA wykazuje wysoce swoisty wzorec rozmieszczenia naczyń – węzowaty, określane metaforycznie jako „przypominający sznur pereł” (*string of pearls*). Budują go przeważnie naczynia typu kropki, ale opisywano również naczynia kłębuszkowate, kojarzone zwykle z rakiem kolczystocomórkowym *in situ* lub rogowaceniem łojotokowym. Pojawienie się naczyń kłębuszkowatych w CCA może wynikać z mechanicznego drażnienia guza (w przypadku ognisk rogowacenia łojotokowego), lub z zastojów żylnych w kończynach dolnych (w przypadku naczyń kłębuszkowatych w łuszczycy). Rozmieszczenie węzowate opisano dotychczas również w innych łagodnych zmianach (rogowacenie łojotokowe, łagodne rogowacenie liszajowate). Ponadto, jak każdy



Rycina 1. A. Czerwono-różowy guzek o średnicy 3 mm na tylnobocznej powierzchni ramienia lewego u 68-letniego mężczyzny odnaleziony w skryningu oportunistycznym (Honor7); **B.** Guzek otoczony delikatnym keratynowym kolnierzem łuski. Typowy dla rogowiaka jasnokomórkowego monomorficzny wzorec naczyniowy zbudowany jest z naczyń typu kropki o rozmieszczeniu węzowatym (Honor7, DL4)



Rycina 2. A. Czerwono-różowy guzek o średnicy 15 mm na tylnej powierzchni podudzia lewego u 59-letniego mężczyzny odnaleziony w rutynowym badaniu dermatoskopowym (ATBM Master, Fotofinder GmbH); **B.** Obraz dermatoskopowy – polimorficzny wzorec naczyniowy (naczynia typu kropki i kłębuszkowate) o węzowatym rozmieszczeniu i obecność białych niekrzyżujących się linii zależnych od polaryzacji (Medicam 1000s, Fotofinder GmbH)

uszkodzany lub krwawiący różowy guzek, CCA może wykazywać obecność pomarańczowych, czerwonych, brązowych lub nawet czarnych grudek (strupy), czerwono-purpurowych obszarów bezstrukturalnych (wybroczyna), delikatnej łuski lub objawu kołnierzyka (obwodowej keratynowej lub surowiczowo-keratynowej łuski). Dodatkowo pewna część CCA może prezentować białe linie zależne od polaryzacji oraz zagięte białe linie niezależne od polaryzacji.

Podsumowanie. W obrazie dermatoskopowym CCA bardzo często wykazuje węzowate rozmieszczenie naczyń. Znajomość tego wzorca naczyniowego umożliwia ustalenie rozpoznania bez konieczności uzyskiwania potwierdzenia histopatologicznego.

Słowa kluczowe: rogowiak jasnokomórkowy, dermatoskopia

Szybko rosnący różowy guzek na skórze policzka – opis przypadku

Verche Todorovska¹, Paweł Pietkiewicz^{2,3,4}

¹Prywatna Specjalistyczna Praktyka Lekarska „DermaMedica”, Skopje, Macedonia Północna

²Poradnia Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej I, Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań

³Polska Grupa Dermatoskopowa, Poznań

⁴Skin Cancer Institute, Singapur

Wprowadzenie. Twarz jest najczęstszą lokalizacją nowotworów skóry, a najczęstszym z nich jest rak podstawnokomórkowy. Mimo że drugim najczęstszym nowotworem w tej lokalizacji jest rak kolczystokomórkowy, to formę różowego guzka mogą przybierać również rak z komórek Merkla, *atypical fibroxanthoma*, mięsak Kaposiego oraz liczne guzy przydatkowe.

Opis przypadku. 56-letnia kobieta została skierowana do poradni z powodu szybko rosnącego owrzodziałego guzka prawego policzka. Według relacji pacjentki, zmiana miała pierwotnie formę drobnej, okresowo krwawiącej grudki i była obecna od roku, ale miesiąc przed wizytą zaczęła gwałtownie rosnąć (ryc. 1). Fototyp skóry pacjentki (*Fitzpatrick III*), wywiad rodzinny i osobniczy nie stanowiły czynników ryzyka rozwoju nowotworów skóry. Kobieta pracowała wiele lat jako gospodyni, również w ogrodzie warzywnym, a skóra jej twarzy wykazywała cechy przewlekłego uszkodzenia UV. W różnicowaniu ujęto raka kolczystokomórkowego (G2) lub wysokozróżnicowanego (G1) oraz raka metatypowego (*basosquamous carcinoma*). Wynik histopatologiczny potwierdził rozpoznanie inwazyjnego raka kolczystokomórkowego G2.

Dyskusja. Bezbarwnikowe guzy skóry mogą stanowić problem diagnostyczny. Wzory złośliwości, obecne w zmianach pozbawionych barwnika, z mniejszą pewnością pozwalają określić rozpoznanie niż bardziej swoiste barwnikowe wzory złośliwości. Rak kolczystokomórkowy, stanowiący ok. 20% wszystkich nowotworów skóry w populacji kaukaskiej, może występować w 3 stopniach zróżnicowania (G1–3), które są



Rycina 1. A. Owrzodziały różowy guzek na skórze twarzy u 56-letniej kobiety; dermatoskopia w świetle niespolaryzowanym (B) i spolaryzowanym (C). Zmiana prezentuje się jako biało-różowy guzek z obecnością białych wzorów złośliwości (obszary bezstrukturalne i białe koła, świadczące o hiperkeratozie). Ponadto obecne są białe grudki, lepiej widoczne w świetle niespolaryzowanym, które odpowiadają perłom rogowym. W centrum zmiany widać żółto-czarno-czerwone grudki (strupoluska). Naczynia są polimorficzne, rozmieszczone nieswoiście: linijne serpentynowate, otoczone białym halo, kłębuszkowate oraz linijne rozgałęzione.

odmienne klinicznie oraz dermatoskopowo (odpowiednio białe, różowe i czerwone guzy).

Podsumowanie. Obraz dermatoskopowy raka kolczystokomórkowego pozwala nie tylko na przyporządkowanie zmiany do grupy guzów keratynizujących, ale także – dzięki obecności wzorów keratynowych – pozwala na przybliżone określenie stopnia zróżnicowania tego nowotworu.

Słowa kluczowe: rak kolczystokomórkowy, dermatoskopia

Skuteczne leczenie acytretyną raka kolczystokomórkowego rozwijającego się w obrębie liszaja płaskiego przerostowego – opis przypadku

Herman Mayısoglu¹, Ömer Faruk Elmas²

¹Biruni University, Vocational School of Podology, Istanbul, Turcja

²Kırıkkale University, Department of Dermatology, Kırıkkale, Turcja

Wprowadzenie. Liszaj płaski (*lichen planus* – LP) jest chorobą grudkowo-złuszczącą skóry, dotyczącą 1–2% populacji. Łagodne przypadki mogą nie wymagać leczenia, a zmiany samoograniczają się przeważnie po 1–2 latach, niezależnie od zastosowanego leczenia. Przerostowy LP (*hyperthrophic lichen planus* – HLP) jest szczególnym wariantem choroby. Zwykle obejmuje skórę kostek i okolicy przedpiszczelowej. Rozwój nowotworu w obrębie zmian skórnych LP jest zjawiskiem

rzadkim. Szacuje się, że w ok. 0,4% przypadków z LP rozwija się rak kolczystokomórkowy (*squamous cell carcinoma* – SCC). Większość przypadków SCC dotyczy HLP.

Opis przypadku. Prezentujemy przypadek 66-letniej kobiety ze swędzącymi czerwono-purpurowymi tarczkami, grudkami i guzkami na skórze obu kończyn dolnych. Pobrano 2 biopsje sztancowe – jedną z purpurowej tarczki na podudziu prawym, drugą z hiperkeratotycznego uniesionego rumieniowego guzka na podudziu lewym. W dermatoskopii drugiej ze zmian wykazano czerwone bezstrukturalne tło z obecnością białych kół i grudek, naczyń typu kropek z białym halo, łuski keratynowej i wybroczyn. Pierwszy i drugi wycinek zostały opisane odpowiednio jako HLP oraz SCC związane z HLP. Natychmiast chirurgicznie usunięto pierwszą zmianę i włączono leczenie doustne acytretyną, które w ciągu 5-miesięcznej terapii doprowadziło do pełnego wygojenia zmian i redukcji świądu.

Podsumowanie. Terapia HLP jest trudna z powodu ograniczonej odpowiedzi na leczenie klasyczne oraz związane z nim ryzyko rozwoju SCC. Dlatego pacjenci z tym rozpoznaniem muszą być ściśle monitorowani pod kątem ewentualnej transformacji nowotworowej. Dermatoskopia umożliwia klinicyście wybranie optymalnego miejsca biopsji podczas wizyt kontrolnych. Sugeruje się, aby acytretyna była lekiem z wyboru szczególnie w HLP o dużej rozległości oraz gdy jest oporny na leczenie miejscowe.

Słowa kluczowe: acytretyna, dermatoskopia, liszaj płaski przerostowy, rak kolczystokomórkowy