

DERMATOLOGICUM

Journal of Youth Forum of the Polish Dermatological Society

**Zjazd Sekcji Forum Młodych
Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego**
24–25 października 2024 roku

DERMATOLOGICUM

Journal of Youth Forum of the Polish Dermatological Society

EDITOR-IN-CHIEF

Adam Reich (Rzeszów, Poland)

VICE-EDITOR-IN-CHIEF

Aleksandra Lesiak (Łódź, Poland)

CHAIRMAN OF THE EDITORIAL BOARD

Jacek Szepietowski (Wrocław, Poland)

EDITORIAL BOARD

Emiliano Antiga (Florence, Italy)
Matthias Augustin (Hamburg, Germany)
Philippe Bahadoran (Nice, France)
Anna Baran (Białystok, Poland)
Wioletta Barańska-Rybak (Gdańsk, Poland)
Christine Blome (Hamburg, Germany)
Rafał Czajkowski (Bydgoszcz, Poland)
Aleksandra Dańczak-Pazdrowska (Poznań, Poland)
Iwona Flisiak (Białystok, Poland)
Robert Gniadecki (Edmonton, Canada)
Margarida Gonçalo (Coimbra, Portugal)
Jana Hercogová (Prague, Czech Republic)
Thorsten Hornung (Bonn, Germany)
Flavien Huet (Brest, France)
Dorota Jenerowicz (Poznań, Poland)
Grażyna Kamińska-Winciołek (Gliwice, Poland)
Barkat Ali Khan (Dera Ismail Khan, Pakistan)
Magdalena Lange (Gdańsk, Poland)
Andrey Lvov (Moscow, Russian Federation)
Joanna Maj (Wrocław, Poland)
Branka Marinović (Zagreb, Croatia)

Łukasz Matusiak (Wrocław, Poland)
Laurent Misery (Brest, France)
Joanna Narbutt (Łódź, Poland)
Roman J. Nowicki (Gdańsk, Poland)
Jorge Ocampo-Candiani (Monterrey, Mexico)
Maciej Pastuszcak (Zabrze, Poland)
Adriana Polańska (Poznań, Poland)
Mohammad Rafiqul Mowla (Chittagong, Bangladesh)
Dusan Skiljevic (Belgrade, Serbia)
Martyna Sławińska (Gdańsk, Poland)
Michał Sobjanek (Gdańsk, Poland)
Małgorzata Sokołowska-Wojdyło (Gdańsk, Poland)
Sonja Ständer (Munster, Germany)
Radosław Śpiewak (Kraków, Poland)
Lucia Tomas-Aragones (Saragossa, Spain)
Shyam Verma (Vadodara, India)
Victoria Werth (Philadelphia, USA)
Peter Wolf (Graz, Austria)
Anna Woźniacka (Łódź, Poland)
Antony R. Young (London, United Kingdom)
Agnieszka Żebrowska (Łódź)
Magdalena Żychowska (Rzeszów, Poland)

SECRETARY EDITOR

Dominika Kwiatkowska (Rzeszów, Poland)

MANAGING EDITOR

Milena Nehrebecka (Gdańsk, Poland)

Editorial policies and author guidelines are published on journal website:

www.journals.viamedica.pl/forum_dermatologicum

Opinions presented in articles do not necessarily represent those of Editors.

FORUM DERMATOLOGICUM is published by
VM Media Group sp. z o.o.
Świętokrzyska 73, 80–180 Gdańsk, Poland
phone: +48 58 320 94 94, fax: +48 58 320 94 60
www.viamedica.pl

Editorial Address:

Department of Dermatology, Institute of Medical Sciences,
Medical College of Rzeszów University,
Szopena 2, 35–055 Rzeszów, Poland

Polish Ministry of Science and Higher Education — 40 points
Index Copernicus — 80.77 points

Advertisements: please contact Publisher Via Medica.

phone: +48 58 320 94 94, e-mail: dsk@viamedica.pl

Editorial office is not responsible for the content of advertisements.

All rights reserved including translations to foreign languages. No part of this journal, both text and graphics, can be used in any form. It is particularly forbidden to reproduce or transferring to mechanical and/or electronic language and also fixing in any form, keeping in any form of recall and transmitting via electronic, mechanical devices or using photocopying, microfilm, recordings, scan or in any way, without former written permission of the Publisher. The Publisher rights are protected by national author law and international conventions and their abuse is presecuted by criminal law.

Legal note: https://journals.viamedica.pl/forum_dermatologicum/about/legalnote



**Zjazd Sekcji Forum Młodych
Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego
24–25 października 2024 roku**

Streszczenia

PRACE ORYGINALNE — KLINICZNE

SESJA PRAC KLINICZNYCH I

OCENA SKUTECZNOŚCI LECZENIA BLIZN PO CESARSKIM CIĘCIU ZA POMOCĄ LASERA PICOSEKUNDOWEGO ORAZ WPŁYW NA JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTEK

Katarzyna Osipowicz^{1,2}, Daria Andreituch³, Patrycja Łazicka³

¹Katedra Immunodermatologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Kaliski

³Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Celem badania była ocena skuteczności serii zabiegów laserem picosekundowym w leczeniu blizn po cesarskim cięciu oraz ich wpływu na jakość życia pacjentek. Badanie analizowało zarówno fizyczne aspekty gojenia blizn, jak i subiektywne odczucia pacjentek związane z bólem i ogólną satysfakcją z życia po zabiegach.

Materiał i metody: Do badania zakwalifikowano pacjentki po cesarskim cięciu, które były poddane serii zabiegów laserem picosekundowym. Oceny przeprowadzono za pomocą ankiety POSAS (*Patient and Observer Scar Assessment Scale*), ankiety satysfakcji z życia oraz oceny bólu. Pacjentki proszono o ocenę wyglądu blizn, odczuwanego bólu oraz ogólnej satysfakcji z wyników leczenia.

Wyniki: Wyniki badania wykazały, że stosowanie lasera picosekundowego przyczyniło się do poprawy wyglądu blizn, redukcji bólu oraz zwiększenia elastyczności skóry w okolicach blizny. Pacjentki, które przeszły serię zabiegów, zgłaszały wyższą satysfakcję z wyglądu blizny oraz ogólnie wyższą jakość życia w porównaniu z okresem przed leczeniem. Ankiety POSAS potwierdziły zmniejszenie widoczności blizn oraz poprawę w subiektywnej ocenie przez pacjentki.

Wnioski: Zabiegi z użyciem lasera picosekundowego okazały się skuteczną metodą w leczeniu blizn po cesarskim cięciu, przyczyniając się do poprawy wyglądu blizny oraz zwiększenia satysfakcji z życia pacjentek. Dalsze badania są konieczne, aby dokładniej ocenić długoterminowe efekty leczenia i zoptymalizować protokoły terapeutyczne.

SKUTECZNOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO TERAPII UPADACYTYNIBEM W LECZENIU ATOPOWEGO ZAPALENIA SKÓRY — RETROSPEKTYWNA ANALIZA JEDNOOŚRODKOWA

Małgorzata Sarzała^{1–3}, Aleksandra Lesiak^{2–4}, Justyna Ceryn³

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej, Klinicznej i Zabiegowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

²Pracownia Dermatyz Autozapalnych, Genetycznych i Rzadkich Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

³Klinika Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

⁴Centrum Medyczne Dermoklinika s.c. J. Narbutt, M. Kierstan, A. Lesiak

Wstęp: Atopowe zapalenie skóry to choroba o złożonej etiologii, wymagająca indywidualnego i interdyscyplinarnego podejścia. Od 1 listopada 2022 roku pacjenci powyżej 12. roku życia mają dostęp do nowej, obiecującej terapii upadacytynibem w ramach programu lekowego B.124. Celem badania była ocena skuteczności i bezpieczeństwa leczenia upadacytynibem w ramach programu lekowego B.124 u pacjentów z atopowym zapaleniem skóry, zarówno w populacji dorosłych, jak i pediatrycznej.

Materiał i metody: Przeanalizowano dokumentację medyczną 31 pacjentów z rozpoznaniem atopowym zapaleniem skóry, u których wdrożono terapię upadacytynibem. Skuteczność terapii oceniano za pomocą skal EASI (*Eczema Area and Severity Index*), DLQI (*Dermatology Life Quality*

Index) oraz BSA (*Body Surface Area*), mierzonych podczas pierwszej wizyty oraz w 16. tygodniu leczenia i następnie co 3 miesiące. Dodatkowo monitorowano odchylenia w badaniach laboratoryjnych oraz działania niepożądane zgłaszane przez pacjentów.

Wyniki: Spośród 31 pacjentów leczonych upadacytynibem, 17 stanowiły kobiety (54,84%), a 14 mężczyźni (45,16%), ze średnim wiekiem wynoszącym 27,9 lat. Średnia wartość SCORAD przy kwalifikacji wynosiła 62,39. Średnie wartości skal w poszczególnych punktach kontrolnych terapii były następujące: przy pierwszej dawce: EASI 23,28, DLQI 15,57, BSA 26%. Po 16 tygodniach wartości te wyniosły odpowiednio: EASI 4,25, DLQI 3,07 i BSA 5%. 14 pacjentów ukończyło 52 tydzień leczenia, w którym średnie wartości skal to: EASI 2,68, DLQI 1,38 i BSA 4%. Terapia okazała się nieskuteczna u 6 pacjentów (19,35%). Ponadto 2 pacjentów przerwało leczenie ze względu na ciężkie działania niepożądane. Najczęściej stwierdzanymi odchyleniami w badaniach laboratoryjnych były wzrost poziomu kinazy kreatynowej (25,8%) oraz dyslipidemia (22,58%). Występowanie działań niepożądanych zgłosiło 18 pacjentów (58,06%), z których najczęstszym była nawrotowa opryszczka (19,35%).

Wnioski: Na podstawie jednoośrodkowej obserwacji rzeczywistej praktyki klinicznej (*real-world evidence*) można stwierdzić, że upadacytynib jest skuteczną i bezpieczną opcją terapeutyczną dla pacjentów z umiarkowaną i ciężką postacią atopowego zapalenia skóry, u których inne leki biologiczne są przeciwwskazane lub nieskuteczne.

ANALIZA SKUTECZNOŚCI LECZENIA ŁYSIENIA ZA POMOCĄ RÓŻNYCH TERAPII FARMAKOLOGICZNYCH

Katarzyna Osipowicz^{1,2}, Daria Andreituch³, Patrycja Łazicka³

¹Katedra Immunodermatologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Kaliski

³Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: W badaniu wzięło udział czterdziestu pięciu pacjentów zdiagnozowanych pod kątem łysienia o różnej etiologii, którzy byli leczeni zgodnie z rutynową praktyką medyczną. Pacjentów oceniano przy użyciu badania trichoskopowego podczas dwóch wizyt.

Materiał i metody: Ze względu na różny czasowy odstęp między wizytami, różnica między pomiarami została podzielona przez liczbę dni oddzielających wizyty i pomnożona przez 90 (co odzwierciedla 3-miesięczną terapię). Poprawę między grupami leczonymi i nieleczonymi danym lekiem porównano za pomocą testu Manna-Whitneya (*Statistica*), a wyniki przedstawiono jako różnicę między medianami [N/cm^2].

Wyniki: Spironolakton wykazał przewagę w zwiększaniu liczby włosów o średnicy HS > 50 na potylicy (+ 4,5; $p = 0,0440$). Minoksydył 1,25 mg p.o. był skuteczniejszy w zwiększaniu liczby włosów o średnicy HS 30–50 na skroniach (+ 3; $p = 0,0415$), podczas gdy minoksydył 0,5 mg p.o. był lepszy w zwiększaniu liczby włosów o średnicy HS 30–50 (+ 3,5; $p = 0,0143$) oraz liczby podwójnych jednostek włosów na czole (+ 6; $p = 0,0023$). Minoksydył stosowany miejscowo był bardziej skuteczny w zwiększaniu liczby potrójnych jednostek włosów (+ 9,5; $p = 0,0163$). Finasteryd 5 mg p.o. wykazał lepsze wyniki w zwiększaniu liczby jednostek włosów na skroniach (+ 6,5; $p = 0,0462$). PRP okazało się lepsze w zwiększaniu całkowitej liczby włosów (+ 10; $p = 0,0584$) i liczby potrójnych jednostek włosów (+ 3; $p = 0,0989$) na skroniach oraz liczby włosów o średnicy HS > 50 na potylicy (+ 3; $p = 0,0327$). Terapia AHT za pomocą mezoterapii (+ 3; $p = 0,0759$) i karboksyterapii (+ 3,5; $p = 0,0300$) również wykazały skuteczność.

Wnioski: Oceniane leki były równie skuteczne w odniesieniu do większości badanych zmiennych, jednakże istnieją między nimi różnice w skuteczności w pewnych aspektach, co pozwala na personalizację leczenia łysienia.

OCENA ROZPOWSZECHNIENIA ŚWIĄDU ORAZ JEGO CHARAKTERYSTYKA WŚRÓD PACJENTÓW GERIATRYCZNYCH

Paula Mazan, Joanna Narbutt

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Świąd skóry jest częstym objawem zgłaszanym przez pacjentów geriatrycznych, stając się coraz powszechniejszym powodem konsultacji w poradniach dermatologicznych i hospitalizacji na oddziałach dermatologicznych. Częstość występowania świądu u pacjentów w podeszłym wieku szacuje się na 11–46%. Celem niniejszego badania była ocena częstości występowania świądu w populacji geriatrycznej przy użyciu standardowych metod oceny świądu, a także scharakteryzowanie świądu i zbadanie możliwych jego przyczyn.

Materiał i metody: Do badania włączono 132 uczestników w wieku 65 lat lub starszych (102 kobiety, 30 mężczyzn, średni wiek: $81,85 \pm 7,77$ lat z zakresem 65–97 lat), pacjentów ZOL i poradni geriatrycznej. Nasilenie świądu określano za pomocą wizualnej skali analogowej (VAS, *Visual Analog Scale*) i skali numerycznej (NRS, *Numerical Rating Scale*), oceniając obecność najgorszego świądu w ciągu ostatnich 24 godzin. Suchość skóry oceniano za pomocą ogólnej skali suchości skóry (ODS, *Overall Dry Skin Score*). Pacjenci zostali poproszeni o wypełnienie 10-punktowego kwestionariusza oceny nasilenia świądu (10-PSS, *10-Item Pruritus Severity Scale*).

Wyniki: Pacjenci ze świądem mieli znacznie wyższy poziom glukozy i częstość występowania kserozy w porównaniu z osobami bez świądu (odpowiednio $p = 0,0480$ i $p = 0,0005$). Pacjenci z niedokrwistością mieli istotnie wyższe wyniki w skali 10-PSS niż pacjenci bez niedokrwistości ($p = 0,0263$). Stwierdzono wysoką korelację między skalami 10-PSS, NRS i VAS ($p < 0,001$). Częstość występowania świądu była istotnie wyższa u pacjentów stosujących leki przeciwnadciśnieniowe, przeciw cukrzycowe i/lub statyny w porównaniu z tymi, którzy nie stosowali tych leków ($p < 0,05$).

Wnioski: Jedną z najczęstszych przyczyn świądu jest kseroza. Niezbędne jest zapewnienie odpowiedniej edukacji pacjentom i ich opiekunom w zakresie stosowania emolientów, dlatego pożądane byłoby opracowanie zaleceń dotyczących pielęgnacji skóry pacjentów geriatrycznych. Wiele leków powszechnie stosowanych u pacjentów w podeszłym wieku może być odpowiedzialnych za świąd. Konieczne jest przeprowadzenie dogłębnego badania, ponieważ świąd może być jedynym objawem lub może poprzedzać pojawienie się typowych zmian skórnych w przebiegu niektórych dermatoz o wiele miesięcy.

OBSERWACJE Z BADAŃ RETROSPEKTYWNYCH I JEDNOOŚRODKOWYCH DOTYCZĄCE SKUTECZNOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA LECZENIA TRALOKINUMABEM

Agata Ciosek¹, Justyna Ceryn², Aleksandra Lesiak²⁻⁴

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej, Klinicznej i Zabiegowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

²Klinika i Oddział Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

³Pracownia Dermatyz Autozapalnych, Genetycznych i Rzadkich Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

⁴Centrum Medyczne Dermoklinika s.c. J. Narbutt, M. Kierstan, A. Lesiak

Wstęp: Atopowe zapalenie skóry (AZS) to jedna z najczęstszych dermatoz zapalnych, występująca zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Najnowsze metody leczenia koncentrują się na zastosowaniu leków biologicznych, w tym przeciwciał skierowanych przeciwko interleukinie 13 (IL-13), które mogą stanowić przyszłość terapii AZS. Celem badania była ocena skuteczności i bezpieczeństwa leczenia tralokinumabem w ramach programu lekowego B.124 u pacjentów z atopowym zapaleniem skóry, zarówno w populacji dorosłych, jak i pediatrycznej.

Materiał i metody: Przeanalizowano dokumentację medyczną 18 pacjentów z rozpoznaniem atopowym zapaleniem skóry, u których wdrożono terapię tralokinumabem. Skuteczność leczenia oceniano za pomocą skali IGA (*Investigator's Global Assessment*), EASI (*Eczema Area and Severity Index*), DLQI (*Dermatology Life Quality Index*) i BSA (*Body Surface Area*), mierzonych podczas pierwszej wizyty oraz w 16. i 28. tygodniu leczenia. Dodatkowo monitorowano odchylenia w badaniach laboratoryjnych oraz zgłaszane działania niepożądane przez cały okres terapii.

Wyniki: Spośród 18 pacjentów leczonych tralokinumabem, 12 stanowiły kobiety (66,7%), a 6 mężczyźni (33,3%), ze średnim wiekiem wynoszącym 30,6 lat. Średnia wartość SCORAD przy kwalifikacji wynosiła 64. Spośród 18 pacjentów, 8 ukończyło 16 tygodni leczenia, a 3 ukończyło 28 tygodni. Średnie wartości skal w poszczególnych momentach terapii były następujące: przy pierwszej dawce IGA 3,89, EASI 25,01, DLQI 16,28, BSA 26,67%. Po 16 tygodniach wartości te wynosiły odpowiednio: IGA 0,88, EASI 3,38, DLQI 2,75, BSA 6,69%. Po 28 tygodniach średnie wartości skal to: IGA 1,6, EASI 2,6, DLQI 0,5, BSA 1,5%. U 3 pacjentów (16,7%) stwierdzono nadpłytkowość i eozynofilię. Działania niepożądane zgłosiło 7 pacjentów (38,9%), z których najczęstszymi były ból i zaczerwienienie w miejscu wkłucia, zapalenie spojówek, oraz nasilenie świądu i zaostrenie zmian skórnych.

Wnioski: Na podstawie jednoośrodkowej obserwacji rzeczywistej praktyki klinicznej (RWE) można stwierdzić, że tralokinumab jest skuteczną metodą leczenia pacjentów z nawracającym atopowym zapaleniem skóry, zapewniając jednocześnie dobry profil bezpieczeństwa i minimalną liczbę działań niepożądanych.

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY BÓLU SKÓRY W ŁUSZCZYCY

Magdalena Kotewicz¹, Piotr Krajewski², Andrzej Jaworek³, Jacek Szepietowski²

¹Magdalena Kotewicz Praktyka Lekarska, Wrocław

²Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

³Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Wstęp: Łuszczyca jest przewlekłą zapalną chorobą skóry, która wywiera znaczący wpływ na zdrowie psychiczne oraz jakość życia pacjentów. Celem pracy było zbadanie wpływu bólu skóry na jakość życia oraz stopień nasilenia objawów lękowych i depresyjnych u chorych na łuszczycę.

Materiał i metody: Badana grupa obejmowała 106 pacjentów z łuszczycą (34% kobiet; średnia wieku $42,1 \pm 13,0$ lat). Stopień nasilenia choroby został oceniony za pomocą *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI). Intensywność bólu skóry została zbadana z wykorzystaniem numerycznej skali oceny (NRS, *Numeric Rating Scale*) oraz skróconej formy kwestionariusza bólu McGilla (SF-MPQ, *short form of the McGill Pain Questionnaire*). Wpływ łuszczycy na jakość życia został oceniony za pomocą zwalidowanej polskiej wersji Dermatologicznego Kwestionariusza Oceny Jakości Życia (DLQI, *Dermatology Life Quality Index*). W celu zbadania stopnia nasilenia objawów lękowych oraz depresyjnych wykorzystano kwestionariusz lęku uogólnionego (GAD-7, *General Anxiety Disorder-7*), szpitalną skalę lęku i depresji (HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*) oraz kwestionariusz zdrowia pacjenta (PHQ-9, *Patient Health Questionnaire-9*).

Wyniki: Kobiety z łuszczycą osiągnęły wyższe wyniki w HADS-A ($p < 0,001$), GAD-7 ($p = 0,036$), PHQ-9 ($p = 0,021$) w porównaniu z mężczyznami chorymi na tę chorobę. Pacjenci zgłaszający ból skóry mieli wyższe wyniki w HADS ($p = 0,043$), HADS-A ($p = 0,022$), PHQ-9 ($p = 0,035$) oraz DLQI ($p < 0,001$) w porównaniu z pozostałymi chorymi. Intensywność bólu skóry mierzona za pomocą SF-MPQ korelowała znacząco z HADS ($p = 0,021$), HADS-A ($p < 0,001$), HADS-D ($p = 0,038$) oraz PHQ-9 ($p < 0,001$).

Wnioski: Objawy lękowe oraz depresyjne były bardziej nasilone u kobiet z łuszczycą. Występowanie bólu skóry w tej chorobie było powiązane z większym nasileniem objawów lękowych, depresyjnych oraz większym stopniem upośledzenia jakości życia.

KIEDY ŚWIĄD ODBIERA RADOŚĆ ŻYCIA: ANHEDONIA W CHOROBAH PRZEBIEGAJĄCYCH ZE ŚWIĄDEM

Aleksandra Stefaniak¹, Magdalena Berek-Zamorska², Claudia Zeidler³, Sonja Ständer³, Jacek Szepietowski¹

¹Uniwersyteckie Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

²Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski, Katowice

³Centrum Przewlekłego Świądu, Klinika Dermatologii, Szpital Uniwersytecki w Münster, Münster, Niemcy

Wstęp: Anhedonia, czyli obniżona zdolność do odczuwania przyjemności, jest powszechnym objawem w zaburzeniach psychicznych, lecz jej obecność w chorobach dermatologicznych, zwłaszcza tych

charakteryzujących się przewlekłym świądem, nie została dotychczas szeroko zbadana. Celem niniejszego badania było zbadanie częstości występowania oraz klinicznych korelatów anhedonii u pacjentów z przewlekłym świądem.

Materiał i metody: W badaniu przekrojowym uczestniczyło 137 pacjentów z przewlekłym świądem, sklasyfikowanych według kryteriów *International Forum for the Study of Itch* (IFSI). Anhedonię oceniano za pomocą skali *Snaith-Hamilton Pleasure Scale* (SHAPS) oraz *Anticipatory and Consummatory Interpersonal Pleasure Scale* (ACIPS). Nasilenie świądu, jakość życia i stres psychologiczny oceniano przy użyciu skali analogowej (VAS), skali werbalnej (VRS), kwestionariusza ItchyQoL oraz Szpitalnej Skali Łęku i Depresji (HADS).

Wyniki: Średni wynik SHAPS wynosił $1,0 \pm 1,7$ punktu, a średni wynik ACIPS wynosił $76,9 \pm 16,2$ punktu. W badanej grupie 13,1% pacjentów zidentyfikowano jako anhedonicznych, przy czym wyższa częstość występowania anhedonii była związana z ciężkim i bardzo ciężkim świądem. Anhedonia była istotnie skorelowana z nasileniem świądu ($R = 0,2$, $p = 0,02$ dla VAS24h średniego i SHAPS; $R = 0,2$, $p = 0,01$ dla VAS24h maksymalnego i SHAPS), objawami łęku ($R = 0,3$, $p < 0,001$ dla SHAPS i HADS-łęku), objawami depresji ($R = 0,4$, $p < 0,001$ dla SHAPS i HADS-depresji) oraz pogorszeniem jakości życia ($R = 0,2$, $p = 0,014$ dla SHAPS i ItchyQoL).

Wnioski: Anhedonia jest istotnym i powszechnym aspektem stresu psychologicznego u pacjentów z przewlekłym świądem. Zajęcie się tym objawem może poprawić ogólny stan psychiczny pacjentów oraz zwiększyć skuteczność leczenia przewlekłego świądu.

TEMPERAMENT AFEKTYWNY A ŁĘK I DEPRESJA W CHOROBY DERMATOLOGICZNYCH

Mateusz Serwiński¹, Aleksander Początek², Magdalena Jałowska³

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii i Dermatologii Estetycznej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

²Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

³Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Wstęp: Coraz częściej zwraca się uwagę na związek cech temperamentu z funkcjonowaniem społecznym jednostki, podejmowaniem przez nią decyzji, odczuwaniem dyskomfortu psychicznego i stosowania się do zaleceń lekarzy. Zwłaszcza w chorobach skóry poszczególne wymiary temperamentu mogą wpływać na większą podatność na zachorowanie oraz na subiektywną ocenę przeżywania choroby. Najbardziej trafny wydaje się być podział poszczególnych wymiarów temperamentu na depresyjny, cyklotymiczny, hipertymiczny, drażliwy i lękowy. Atopowe zapalenie skóry i łuszczyca to przewlekłe choroby dermatologiczne, w patogenie których istotną rolę odgrywa stres. Oba schorzenia zaliczane są do chorób psychodermatologicznych ze względu na współwystępowanie objawów depresji i łęku w przebiegu dolegliwości skórnych. Istnieją określone wymiary temperamentu afektywnego, które predysponują do rozwoju przewlekłych chorób psychosomatycznych. Celem badania jest ocena zależności pomiędzy wymiarami temperamentu afektywnego a lękiem społecznym i depresją u pacjentów z chorobami dermatologicznymi.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono na 95 pacjentach (43 pacjentów z AZS, 52 z łuszczycą) w Katedrze i Klinice Dermatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Heliodora Świącickiego w Poznaniu od lutego 2023 roku do kwietnia 2024 roku, z wykorzystaniem skal: SRRS, BDI, LSAS, TEMPS-A oraz EASI, DLQI i PASI.

Wyniki: Badanie wykazało obecność objawów depresji u 36% pacjentów, a symptomów łęku społecznego u 32% badanych osób. Aż u 58% pacjentów nasilenie stresu osiągnęło poziom ryzyka związanego z wystąpieniem choroby. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej, która wykazała heterogenność badanych grup pacjentów pod względem przebiegu choroby i struktury psychicznej. Pacjenci z chorobami skóry przejawiali nasilenie określonych wymiarów temperamentu, co różnicowało ich w istotny sposób z grupą referencyjną i korelowało z czynnikami klinicznymi oraz objawami łęku i depresji.

Wnioski: Analiza danych skłania do refleksji na temat wybrania odpowiedniej strategii terapeutycznej, poszerzenia kompleksowego leczenia i diagnozy przewlekłych chorób skóry o stworzenie profilu psychologicznego pacjenta w konsultacji z ekspertami do spraw zdrowia psychicznego.

ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY CZY COŚ WIĘCEJ?

Martyna Miodońska, Szymon Mućka, Anna Żlik, Andrzej Bożek

Katedra i Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wstęp: U pacjentów z atopowym zapaleniem skóry (AZS) mogą występować inne choroby. Częstość ma wpływ na ogólny obraz zdrowia pacjenta. Celem badania była ocena chorób współistniejących u pacjentów z rozpoznaniem atopowego zapalenia skóry i łuszczycy w porównaniu ze zdrowymi pacjentami stanowiącymi grupę kontrolną. **Materiał i metody:** Pacjenci w wieku powyżej 18 lat zostali zrekrutowani przy użyciu medycznych baz danych w klinikach dermatologicznych. Początkowo wybrano 378 pacjentów, analizując kody ICD-10: L-20, L-20.8 i L-20.9. Ostatecznie 231 pacjentów z atopowym zapaleniem skóry zostało zakwalifikowanych do grupy badanej na podstawie badania lekarskiego i spełnienia kryteriów Hanifina i Rajki. Wśród nich znalazły się 104 kobiety i 127 mężczyzn w wieku od 18 do 62 lat.

Wyniki: U pacjentów z AZS wybrane choroby związane ze stylem życia, takie jak otyłość i miażdżyca, występowały istotnie rzadziej niż u pacjentów bez AZS, w tym u pacjentów z innymi dermatozami. Astma alergiczna i cukrzyca występowały istotnie częściej niż u innych pacjentów. Rozkład najczęstszych nowotworów w poszczególnych grupach badanych nie różnił się istotnie statystycznie. We wszystkich grupach dominowały nowotwory płuc, jelita grubego, prostaty i piersi.

Wnioski: U niektórych pacjentów z AZS częściej występują choroby takie jak astma alergiczna i cukrzyca.

PORÓWNAWCZE BADANIE SKUTECZNOŚCI DWÓCH LASERÓW 532 NM O DUŻEJ PŁAMCE: Z CHŁODZENIEM KONTAKTOWYM I DRUGIEGO Z CHŁODZENIEM Z KRIO-SPRAYEM W LECZENIU ZMIAN NACZYNIOWYCH W PRZEBIEGU TRĄDZIKU RÓŻOWATEGO

Paulina Petrosyan-Chrościcka¹, Bartłomiej Kwiek², Michał Paprocki¹, Anna Mataczyńska¹, Marcin Ambroziak², Julia Sieczyńska², Jan Szczękułski³

¹Uczelnia Łazarzkiego

²Klinika Ambroziak

³University of California San Diego, USA

Wstęp: Laser naczyniowy o długości fali 532 nm z dużą średnicą plamki wydaje się być optymalnym rozwiązaniem w terapii zmian naczyniowych związanych z trądzikiem różowatym, głównie dzięki swojej zdolności do wysokiej absorpcji przez hemoglobinę i głębokiej penetracji energii. Duża gęstość energii niesie ze sobą ryzyko oparzeń, co czyni kluczowym zastosowanie odpowiednich technik chłodzenia naskórka zabezpieczających przed oparzeniem. Typowe dla tych urządzeń jest występowanie dużego pozabiegowego obrzęku. Celem badania było porównanie dwóch systemów lasera 532 nm o dużej plamce. Pierwszy system charakteryzuje się chłodzeniem kontaktowym i wykorzystuje pojedynczy impuls, podczas gdy drugi system stosuje krio-spray przed i po impulsie oraz dzieli impuls laserowy na mikroimpulsy.

Materiał i metody: Do badania zakwalifikowano 30 pacjentów z rumieniem w przebiegu trądziku różowatego na twarzy. Leczenie obejmowało 3 sesje zabiegowe. Badanie było zrandomizowane — lewa wobec prawej strony twarzy; u każdego pacjenta jedna połowa twarzy była leczona jednym systemem, a druga drugim.

Wyniki: Wstępne dane od 15 z 30 zaplanowanych w badaniu pacjentów pokazują, że 47% pacjentów odczuło większe pieczenie po laserze z chłodzeniem krio-sprayem, 33% po laserze z chłodzeniem kontaktowym, a 20% pacjentów odczuwało je na podobnym poziomie. W przypadku bólu 47% pacjentów odczuwało większy ból po zabiegu z chłodzeniem kontaktowym, 33% po laserze z chłodzeniem krio-sprayem, 20% pacjentów odczuwało ból na podobnym poziomie. Ponadto u 11 z 30 zaplanowanych pacjentów oceniono działania niepożądane występujące przez 7 dni po zabiegu. Brak obrzęku po zastosowaniu lasera z chłodzeniem krio-sprayem w pierwszym dniu po zabiegu stwierdziło 27,2% pacjentów i 36,4% pacjentów leczonych laserem z chłodzeniem kontaktowym. Niewielkie nasilenie obrzęku wystąpiło u 36,4% po laserze z chłodzeniem krio-sprayem i 45% z chłodzeniem kontaktowym. Umiarkowany obrzęk wystąpił odpowiednio u 36,4% i 18,1% pacjentów.

Wnioski: Oba systemy laserowe wykazały się podobną tolerancją we wstępnych wynikach.

RYBIA ŁUSKA: KOMPLEKSOWE PODEJŚCIE DO DIAGNOSTYKI I LECZENIA — WIĘCEJ NIŻ TYLKO OBJAWY SKÓRNE

Maria Rajczak¹, Joanna Narbutt^{2,3}, Daniel Nolbierzak³, Aleksandra Lesiak²⁻⁴

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej, Klinicznej i Zabiegowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

²Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

³Oddział Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, Szpital im. Biegańskiego w Łodzi

⁴Pracownia Dermatologii Autozapalnych, Genetycznych i Rzadkich Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Głównym objawem rybiej łuski jest nieprawidłowy proces rogowacenia, który prowadzi do tworzenia się hiperkeratotycznych nawarstwień w postaci łusek oraz często towarzyszącego zapalenia. Jednakże genodermatozy te mogą powodować również dolegliwości wykraczające poza skórę. Celem pracy była analiza zmian stawowych u pacjentów z rybią łuską oraz ocena wpływu choroby na jakość życia pacjentów.

Materiał i metody: Do badania włączono 26 pacjentów z genetycznie lub klinicznie potwierdzoną rybią łuską. Przeprowadzono ankiety online, które obejmowały kwestionariusz ogólny dotyczący stanu zdrowia pacjenta, pytania dotyczące odmiany rybiej łuski oraz przebiegu choroby, a także dwa kwestionariusze dotyczące jakości życia (DLQI, Skindex-29) i kwestionariusz dotyczący dolegliwości stawowych. Zebrane dane poddano analizie statystycznej.

Wyniki: Grupę badaną stanowiło 18 kobiet i 8 mężczyzn w wieku od 1 do 61 lat. Najczęściej diagnozowanym typem rybiej łuski była pęcherzowa odmiana wrodzonej erythrodermii ichtiotycznej (*bullous congenital ichthyosiform erythroderma*). 84,6% pacjentów miało przeprowadzone badania genetyczne potwierdzające chorobę. Świąd skóry występował u 100% pacjentów. Emolienty były podstawą leczenia u wszystkich pacjentów, a 46,2% dodatkowo stosowało terapię ogólną, w tym retinoidami. Ośmioro pacjentów zgłaszało objawy stawowe, z których u 87,5% trwały one co najmniej rok. Z 26 pacjentów 3 stosowało leczenie z powodu przewlekłych dolegliwości stawowych. Średni wynik skali DLQI wynosił 12,1 (± 6,0), a skali Skindex-29 83,0 (± 16,5). 76,9% pacjentów deklaroowało zmartwienie stanem swojego zdrowia.

Wnioski: Pacjenci z rybią łuską mogą doświadczać nie tylko zmian skórnych, ale także dolegliwości stawowych, które często objawiają się bólem. Mocno może to obniżyć jakość życia pacjentów i znacznie utrudniać ich codzienne funkcjonowanie. Zwrócenie uwagi na zmiany w stawach u pacjentów z rybią łuską może przyczynić się do zapewnienia im opieki wielospecjalistycznej oraz rozważenia szybszego włączenia terapii systemowych, co może poprawić komfort życia pacjentów.

SESJA PRAC KLINICZNYCH II

CZY MEDIA SPOŁECZNOŚCIOWE MOGĄ SKŁONIĆ DO WIZYTY U DERMATOLOGA?

Zuzanna Pawlus¹, Aleksandra Spyra¹, Karina Polak², Bartosz Miziołek², Beata Bergler-Czop²

¹Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Katedra i Klinika Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wstęp: Media społecznościowe (MS) odgrywają istotną rolę w dzisiejszym świecie, wpływając na wiele aspektów życia, również na dermatologię. Celem tego badania było sprawdzenie, czy młodzi Polacy (18–35 lat) śledzą dermatologiczne treści w MS, jakie platformy i treści są najbardziej interesujące oraz sprawdzenie, czy MS mogą ich skłonić do wizyty u dermatologa.

Materiał i metody: Ankiety były rozsyłane online między styczniem a marcem 2024 roku. Dane zostały zebrane i były analizowane z wykorzystaniem statystyki opisowej i analitycznej; użyto testu niezależności chi-kwadrat.

Wyniki: W badaniu wzięło udział 356 ankietowanych, 78% z nich stanowiły kobiety. Wśród respondentów 58% stanowili studenci, z których większość była na kierunkach okołomedycznych. Badanie wykazało, że 38% ankietowanych śledzi w MS treści związane z dermatologią, a 43% nie śledzi, ale przegląda je, jeśli wyświetlają się podczas scrollowania. Wśród respondentów 27% kiedykolwiek pytało o radę na temat pielęgnacji skóry w MS; 77% ankietowanych zwraca uwagę na wykształcenie osób publikujących. Najciekawsze tematy to pielęgnacja skóry i choroby skóry. 44% osób twierdzi, że treści w MS skłoniły ich do wizyty u dermatologa. Głównym powodem zgłaszania się do specjalisty była chęć poprawy ogólnego wyglądu skóry. 92% respondentów uważa, że MS mogą mieć pozytywny wpływ na chęć zgłaszania się do dermatologa. **Wnioski:** 81% młodych polskich dorosłych czyta treści związane z dermatologią w MS. Głównym punktem zainteresowań jest pielęgnacja skóry i choroby skóry. Prawie połowę respondentów MS kiedykolwiek skłoniły do wizyty u dermatologa, a diagnoza postawiona przez lekarza była w 56% zgodna z sugestią MS.

CZY STYL ŻYCIA WPŁYWA NA CZĘSTOTLIWOŚĆ I NASILENIE DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH IZOTRETYNOINY?

Julia Lewandowska, Jan Kapała, Waldemar Placek, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek

Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Wstęp: Izotretynoina (ISO) to syntetyczny retinoid, który przynosi zadowalające efekty w leczeniu trądziku pospolitego. Oddziałując na szereg różnych komórek w organizmie, powoduje liczne zdarzenia niepożądane (AE, *adverse events*). Potencjalną przyczyną wpływającą na występowanie i intensywność AE może być styl życia — najważniejsza z determinantów zdrowia według Lalonde'a. Celem badania jest ocena wpływu stylu życia na częstotliwość i nasilenie AE u pacjentów ze zdiagnozowanym trądzikiem leczonych ISO.

Materiał i metody: Retrospektywne badanie kohortowe zostało przeprowadzone z wykorzystaniem bazy danych zebranej przy użyciu anonimowej ankiety stworzonej przy pomocy Formularza Google i rozpowszechnionej poprzez platformę Facebook oraz lekarzy w Klinice Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Grupę badaną stanowiły 124 osoby dorosłe z trądzikiem, poddawane ogólnoustrojowej terapii ISO. Pacjentów podzielono na kilka grup w zależności od stosowania używek (niepalący, palące), wskaźnika masy ciała (waga prawidłowa, nadwaga), aktywności fizycznej (aktywni, nieaktywni) i sposobu odżywiania (przeznaczający, nieprzeznaczający diety śródziemnomorskiej). Biorąc pod uwagę wszystkie wymienione czynniki, respondenci zostali podzieleni na grupy zdrowego i niezdrowego stylu życia. **Wyniki:** Nie stwierdzono istotnych różnic w charakterystyce pacjentów w poszczególnych grupach ($p > 0,05$). Nie wykazano istotnych różnic w występowaniu i nasileniu AE w grupach ($p > 0,05$).

Wnioski: Czynniki związane ze stylem życia, takie jak palenie tytoniu, aktywność fizyczna, masa ciała i nawyki żywieniowe nie wpływają na częstość występowania i nasilenie AE, co dowodzi bezpieczeństwa ISO niezależnie od niezdrowych nawyków. ISO jest nadal najskuteczniejszym lekiem w leczeniu trądziku i pomimo AE terapia nie powinna być zaniechana.

DAPSON JAKO AKTUALNA OPCJA LECZENIA AUTOIMMUNOLOGICZNYCH CHOROBY PĘCHERZOWYCH Z AUTOIMMUNIZACJĄ WOBEC BIAŁEK STRUKTURALNYCH: BADANIE RETROSPEKTYWNE Z OŚRODKA REFERENCYJNEGO W EUROPIE ŚRODKOWEJ

Maciej Spałek¹, Magdalena Jałowska¹, Natalia Welc¹, Marian Dmochowski¹, Monika Bowszyc-Dmochowska²

¹Pracownia Autoimmunizacyjnych Dermatyz Pęcherzowych, Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Pracownia Histopatologii i Immunopatologii Skóry, Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp: Dapson (DP) jest stosowany w leczeniu różnych schorzeń skóry, w tym autoimmunologicznych dermatyz pęcherzowych z autoimmunizacją wobec białek strukturalnych (AIDPBs). Celem niniejszego badania

była ocena korzyści i profilu bezpieczeństwa leczenia DP u pacjentów z AIDPbs. Ocena skupiała się na remisji klinicznej, zmniejszeniu stosowania glikokortykosteroidów (GKS) i określeniu zdarzeń niepożądanych podczas 12-miesięcznej obserwacji chorych w ramach oddziału i poradni dermatologicznej.

Materiał i metody: Do retrospektywnego badania włączono czterdziestu jeden pacjentów spełniających kryteria włączenia do badania, w tym dziewiętnastu z pęcherzycą zwykłą, dziewięciu z pęcherzycą liściastą, czterech z pemfigoidem pęcherzowym i dziewięciu z pemfigoidem błony śluzowej, wliczając jednego z pemfigoidem Brunstinga-Perry'ego. Pacjenci otrzymywali DP w dawce 25–50 mg/dobę wraz z doustnymi GKS przez rok, a następnie, jeśli było to możliwe, zmniejszano dawkę GKS.

Wyniki: Średnie zmniejszenie dawki równoważnej prednizonowi we wszystkich grupach po 2, 6 i 12 miesiącach leczenia DP wyniosło odpowiednio 45,66%, 65,77% i 63,03%. W 12-miesięcznym okresie obserwacji u 21,62% pacjentów doszło do nawrotu choroby, a u pozostałych uzyskano całkowitą lub częściową remisję na minimalnej terapii. Działania niepożądane zaobserwowano u 29,27% pacjentów; były one łagodne lub umiarkowane.

Wnioski: Dapson jest skuteczną i niedrogą opcją wspomagającą leczenie AIDPbs, ale może nie wystarczyć w długotrwałym leczeniu poszczególnych pacjentów z ciężkimi AIDPbs.

EPIDEMIOLOGIA POWIERZCHOWNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH SKÓRY — JEDNOŚRODKOWE BADANIE OBSERWACYJNE W WOJEWÓDZTWIE MAŁOPOLSKIM

Przemysław Hałubiec¹⁻³, Damian Sroka⁴, Iga Grabarczyk⁴, Natalia Kachnic⁴, Filip Staszewski⁴, Andrzej Kazimierz Jaworek^{2,3}, Anna Wojas-Pelc²

¹Szkoła Doktorska Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

²Katedra Dermatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

³Sekcja Mykologiczna Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego

⁴Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Wstęp: Powierzchnowe zakażenia grzybicze to infekcje skóry i jej przydatków wywołane przez różne gatunki grzybów. Systematyczna ewaluacja epidemiologiczna jest konieczna do racjonalnego planowania strategii profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia tych powszechnych zakaźnych chorób skóry. W Polsce brakuje aktualnych i pełnych wyników badań w tym zakresie. Celem pracy była analiza epidemiologii powierzchniowych zakażeń grzybiczych w województwie małopolskim ze szczególnym uwzględnieniem czynników etiologicznych, lokalizacji anatomicznej i demograficznych czynników ryzyka tych zakażeń.

Materiał i metody: Retrospektywna analiza wyników 4550 badań mikologicznych (od 3594 pacjentów), obejmująca dane demograficzne (wiek, płeć), miejsca pobierania próbek oraz zidentyfikowane gatunki grzybów.

Wyniki: Odnotowano 1175 pozytywnych wyników badania mikologicznego (od 959 pacjentów). Najczęstszą przyczyną powierzchniowych zakażeń grzybiczych, niezależnie od wieku uczestników, były *Trichophyton rubrum* (zakażający najczęściej paznokcie stóp i skórę stóp) oraz *Candida albicans* (zakażający najczęściej paznokcie rąk). U dzieci przeważały zakażenia *M. canis*, *M. furfur* i *T. mentagrophytes*. U pacjentów w wieku powyżej 60 lat częściej stwierdzano zakażenia *S. brevicaulis*.

Wnioski: Podstawowe trendy w epidemiologii powierzchniowych zakażeń grzybiczych skóry w naszym rejonie są zgodne z danymi światowymi. Porównanie wyników z wcześniejszymi analizami z obszaru województwa małopolskiego wykazało ciągłe zmiany w częstości występowania poszczególnych gatunków oraz lokalizacji anatomicznych zakażeń. Konieczne jest dalsze monitorowanie powierzchniowych zakażeń grzybiczych oraz rozszerzenie prowadzonych badań na inne ośrodki w Polsce.

TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE W ZESPOLE NAKŁADANIA ATOPOWEGO ZAPALENIA SKÓRY I ŁUSZCZYCY W POPULACJI PEDIATRYCZNEJ

Szymon Mućka, Martyna Miodońska, Andrzej Bożek
Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Zabrze

Wstęp: Atopowe zapalenie skóry (AZS) i łuszczyca są zapalnymi chorobami skóry, mogącymi manifestować się całkowicie różnymi objawami. Wśród dzieci AZS dotyka 11–30% pacjentów, a łuszczyca 1–3% z nich. Pomimo występowania odmiennego obrazu klinicznego dostrzega się występowanie pewnych cech wspólnych.

Materiał i metody: Celem pracy było przedstawienie profilu klinicznego i immunologicznego pacjentów ze współistniejącymi AZS i łuszczycą w porównaniu z pacjentami cierpiącymi tylko na jedną z tych chorób. Postawiono tezę, że obie te choroby mogą współistnieć jako nakładający się zespół: łuszczyca i atopowe zapalenie skóry. Jest to prospektywne, obserwacyjne, dwuosrodkowe badanie. Obejmowało ono grupę 38 dzieci w średnim wieku $6,5 \pm 3,2$ roku ze współistniejącymi AZS i łuszczycą. Porównano stan kliniczny chorych przy pomocy skal *Scoring Atopic Dermatitis* (SCORAD) lub *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI) oraz zestaw wybranych parametrów zapalnych z grupami kontrolnymi składającymi się z 41 pacjentów tylko z AZS ($5,3 \pm 5,1$ roku) lub 28 pacjentów tylko z łuszczycą ($6,4 \pm 4,3$ roku).

Wyniki: Dodatni wywiad rodzinny w kierunku chorób atopowych był częściej zgłaszany przez dzieci z AZS i łuszczycą oraz z AZS w porównaniu z izolowaną łuszczycą. Niezależnie od tego, która choroba była zdiagnozowana jako pierwsza, pacjenci mieli podobny rozkład zmienionych chorobowo obszarów skóry. Chłopcy i pacjenci z nadwagą byli bardziej narażeni na jednoczesne występowanie zespołu AZS i łuszczycy. Spośród parametrów laboratoryjnych stężenie interleukiny 17 (IL-17) u pacjentów z AZS i łuszczycą było wyższe w porównaniu z pacjentami z izolowanymi AZS lub łuszczycą, co wskazuje, że rola limfocytów Th-17 może być bardziej znacząca, niż się wydawało. Wysoki poziom IL-22 obserwowano w grupie pacjentów z izolowanym AZS.

Wnioski: Łuszczyca i AZS mogą występować razem, co może objawiać się zróżnicowaną charakterystyką kliniczną i zmiennymi wynikami parametrów zapalnych. Może to implikować trudności w prawidłowym diagnozowaniu i leczeniu chorych.

HOLISTYCZNA ANALIZA POZIOMU CZYTELNOŚCI OGÓLNODOSTĘPNYCH ARTYKUŁÓW ONLINE DOTYCZĄCYCH WYBRANYCH SCHORZEŃ DERMATOLOGICZNYCH

Tomasz Skrzypczak, Jacek Szepietowski
Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

Wstęp: Świąd dotyka wielu pacjentów, zwłaszcza z chorobami skóry, takimi jak atopowe zapalenie skóry (AZS), trądzik odwrócony (HS, *hidradenitis suppurativa*) i świerzbiączka, wpływając negatywnie na jakość ich życia. Pacjenci często szukają informacji w Internecie, jednak czytelność dostępnych materiałów na temat tych chorób jest słabo poznana.

Materiał i metody: Badanie opierało się na wyszukiwaniu artykułów w Google, przy użyciu słów kluczowych przetłumaczonych na języki krajów UE. W pierwszym artykule analizowano wyniki dla „atopic dermatitis”, w drugim dla „hidradenitis suppurativa” i „acne inversa”, a w trzecim dla „itch” i „prurigo”. Wykluczone zostały artykuły niedostępne, zdublowane, reklamowe, dotyczące medycyny alternatywnej oraz skierowane do specjalistów. Czytelność oceniano wskaźnikiem LIX.

Wyniki: Przeanalizowano łącznie 1387 artykułów, z czego 615 dotyczyło AZS, 458 — HS, a 314 świądu i świerzbiączki. Wskaźnik LIX dla materiałów o AZS wyniósł 56 ± 8 , dla HS — 57 ± 9 , a dla świądu i świerzbiączki — 54 ± 9 , klasyfikując je jako bardzo trudne do zrozumienia. Nie stwierdzono różnic w czytelności między artykułami o HS i AZS. Artykuły dotyczące świądu miały niższy wskaźnik LIX (52 ± 9) niż te o świerzbiączce (56 ± 10 , $p < 0,001$). Artykuły w językach angielskim,

niderlandzkim i szwedzkim miały najniższe wskaźniki LIX, co oznacza, że były najłatwiejsze do zrozumienia.

Wnioski: Ogólnodostępne artykuły online poświęcone schorzeniom dermatologicznym, takim jak AZS, HS, świąd i świerzbiączka są dla pacjentów bardzo trudne do zrozumienia. W przypadku świądu może to wynikać z różnic w używanych terminach. Teksty napisane w językach angielskim, niderlandzkim i szwedzkim były najbardziej zrozumiałe.

ZASTOSOWANIE LASERA CO₂ ORAZ HIFU W LECZENIU LISZAJA TWARDZINOWEGO SROMU

Kamila Stopińska¹, Adrianna Marzec², Anita Olejek², Maciej Pastuszczyk¹

¹Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii w Zabrzu
²Klinika Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej w Bytomiu

Wstęp: Liszaj twardzinowy sromu (VLS, *vulvar lichen sclerosus*) jest chorobą przewlekłą i trudną w leczeniu, często nawracającą i prowadzącą do licznych powikłań. Z uwagi na miejsce występowania zmian jest to choroba z pogranicza dermatologii i ginekologii. Ograniczona skuteczność leczenia farmakologicznego oraz wynikające z niego powikłania skłoniły do poszukiwania nowych terapii. Celem pracy było uzasadnienie oraz ocena efektów zastosowania lasera CO₂ oraz HIFU (*highly intensity focused ultrasound*) w leczeniu liszaja twardzinowego sromu.

Materiał i metody: Do badania z wykorzystaniem lasera CO₂ oraz HIFU włączono po dwie pacjentki z rozpoznaniem VLS potwierdzonym histopatologicznie. Biopsję sromu pobierano przed zastosowaniem urządzeń, a następnie 3 miesiące po zakończonym cyklu zabiegów. Oceniono ekspresję następujących genów w pobranym materiale przed i po leczeniu: *COL1A*, *COL1A2*, *COL3A1*, *COL5A1*, *COL5A2*, *COL5A3*, *ELN*, *ECM1*, *HSPA1A*, *HSPA1B*, *SERPINH1*, *TLL1*, *TP53*, *BMP1*. Oceniono także jakość życia pacjentek za pomocą skali VuAS przed i po leczeniu.

Wyniki: U pacjentek zaobserwowano zmniejszenie objawów klinicznych oraz istotne zmiany w ekspresji genów kolagenu, elastyny oraz białek szoku cieplnego i p53 przed i po zabiegu.

Wnioski: U chorych na liszaj twardzinowy sromu przy braku skuteczności leczenia konwencjonalnego można alternatywnie rozważyć wdrożenie leczenia laserem CO₂ lub HIFU. Zastosowanie ww. metod może pozwolić na skrócenie okresu leczenia oraz ograniczenie skutków ubocznych długotrwałego leczenia miejscowymi glikokortykosteroidami.

OCENA WIEDZY KLINICYSTÓW NA TEMAT HIDRADENITIS SUPPURATIVA: WNIOSKI Z WIELODYSCIPLINARNEGO BADANIA ANKIETOWEGO

Klaudia Knecht-Gurwin¹, Łukasz Matusiak², Magdalena Łyko², Tomasz Drewa³, Wojciech Kielan⁴, Agnieszka Mastalerz-Migas⁵, Jacek Szepietowski¹

¹Centrum Dermatologii we Wrocławiu

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

³Oddział Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁴II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁵Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp: Rozpoznanie *hidradenitis suppurativa* (HS) często spotyka się z istotnymi opóźnieniami, przy czym średni czas do postawienia diagnozy wynosi od 7 do 10 lat. Aż 65% pacjentów z HS musi odwiedzić co najmniej pięciu lekarzy, zanim uzyskają właściwą diagnozę. Przewlekłe opóźnienia w rozpoznawaniu HS mają głębokie i wieloaspektowe konsekwencje dla pacjentów, negatywnie wpływając na ich ogólną jakość życia. Niniejsze badanie miało na celu weryfikację hipotezy, że HS jest niedostatecznie rozpoznawane oraz błędnie klasyfikowane przez lekarzy, co mogłoby stanowić podstawę dla przyszłych działań mających na celu podniesienie świadomości oraz skrócenie czasu do postawienia diagnozy, a tym samym złagodzenie skutków opóźnionego leczenia.

Materiał i metody: Badanie przekrojowe przeprowadzono z udziałem dermatologów, ginekologów, urologów, chirurgów ogólnych oraz le-

karzy rodzinnych. Anonimowe ankiety były dystrybuowane osobiście podczas kongresów naukowych i konferencji za pomocą kodów QR, tabletek oraz tradycyjnych kwestionariuszy papierowych. Zebrano podstawowe informacje socjodemograficzne dotyczące respondentów. Kwestionariusze zawierały fotografie przedstawiające zmiany skórne w przebiegu HS na różnych etapach, zgodnie z systemem oceny Hurleya — Hurley I, II i III. Pierwsze pytanie miało charakter otwarty i dotyczyło rozpoznania choroby, po czym następowały pytania zamknięte, oferujące wybór spośród kilku proponowanych diagnoz.

Wyniki: Na pytanie dotyczące rozpoznania choroby w stadium Hurley III w okolicy pachy, 96,56% dermatologów, 48,91% lekarzy rodzinnych, 31,25% ginekologów, 40% urologów i 63,64% chirurgów ogólnych poprawnie zidentyfikowało HS. W odpowiedziach na kolejne pytania zamknięte mężczyzna z chorobą w stadium Hurley II w okolicy narządów płciowych został zdiagnozowany jako pacjent z HS przez 34,5% lekarzy, 25,65% wskazało na czyrączność, a 16,18% na ziarniniak weneryczny. W przypadku zdjęcia okolic narządów płciowych kobiety w stadium Hurley I, jedynie 29,92% lekarzy rozpoznało HS, 23,36% zdiagnozowało czyrączność, a 14,35% uznało, że to *steatocystoma multiplex*. W przypadku pacjenta płci męskiej z chorobą w stadium Hurley III na poślądkach, tylko 29,77% lekarzy poprawnie zidentyfikowało HS, a pozostałe diagnozy obejmowały cystę pilonidalną oraz skórną postać choroby Crohna.

Wnioski: *Hidradenitis suppurativa* stanowi jednostkę kliniczną, która wiąże się z wieloaspektowymi trudnościami diagnostycznymi w różnych specjalnościach medycznych. Ukierunkowane interwencje edukacyjne powinny mieć na celu zmniejszenie luk w wiedzy na temat HS, co umożliwi wcześniejsze i bardziej precyzyjne diagnozowanie tej choroby, a w efekcie wdrożenie skuteczniejszych interwencji terapeutycznych, prowadzących do poprawy wyników leczenia pacjentów.

PRAKTYKI PACJENTÓW ZWIĄZANE Z UŻYCIEM CIEPŁA W ODPOWIEDZI NA ŚWIAD W ATOPOWYM ZAPALENIU SKÓRY (AZS)

Martyna Rogowska¹, Adrianna Marquardt-Feszler², Karolina Cekała², Adam Reich³, Beata Imko-Walczyk¹

¹Poradnia Przyszpitalna Skórno-Wenerologiczna Szpitala COPERNICUS w Gdańsku

²Gdański Uniwersytet Medyczny

³Zakład i Klinika Dermatologii, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

Wstęp: Świąd jest jednym z najczęstszych objawów u pacjentów z chorobami zapalnymi skóry i jest szczególnie rozpowszechniony i intensywny u chorych z atopowym zapaleniem skóry (AZS). W kilku badaniach udowodniono, że znacząco pogarsza on jakość życia. Świąd w rezultacie prowadzi do zadrapań, które zwiększają stan zapalny. Zapalenie prowadzi do pobudzenia włókien nerwowych, co dodatkowo nasila drapanie i swędzenie. Udokumentowano, że chłodzenie skóry może zmniejszyć swędzenie. Co więcej, pacjentom często zaleca się unikanie gorących kąpeli, ponieważ ciepło i pot są dobrze udokumentowanymi czynnikami podrażniającymi skórę i zwiększającymi nasilenie AZS. Obserwacje kliniczne doprowadziły nas jednak do podejrzeń, że ciepło w pewnym stopniu może przynieść ulgę swędzeniu. Celem pracy była ocena wpływu gorącej wody lub gorącego powietrza u pacjentów z atopowym zapaleniem skóry (AZS), w celu zmniejszenia świądu.

Materiał i metody: Ankieta internetowa została opublikowana w internetowej grupie wsparcia dla dorosłych z AZS. Kwestionariusz zawierał 17 pytań dotyczących czasu trwania choroby, nasilenia objawów, leków oraz kilku aspektów dotyczących stosowania gorącej wody lub gorącego powietrza.

Wyniki: Spośród 158 uczestników, 99 (62,7%) potwierdziło używanie ciepłej wody lub powietrza w celu złagodzenia świądu. Natomiast w pytaniu o użycie gorącego powietrza (na przykład z suszarki do włosów) w celu złagodzenia objawów AZS, 32 respondentów (20,3%) odpowiedziało pozytywnie. Dziewiętnastu pacjentów (18,1%), u których potwierdzono stosowanie gorącej wody, mogło zobaczyć i poczuć poprawę w występowaniu zmian, podczas gdy 78 (74,3%) stwierdziło, że stan skóry pogarsza się po użyciu gorącej wody lub gorącego powietrza.

Wnioski: Chociaż wiemy, że ciepło powszechnie prowadzi do zwiększenia swędzenia, badanie pokazuje, że stosowanie gorącej wody z kranu lub gorącego powietrza z suszarki do włosów jest powszechną modalnością wśród pacjentów z AZS w celu zmniejszenia świądu.

ANALIZA PORÓWNAWCZA ODPOWIEDZI DERMATOLOGA I CHATGPT-4 NA NAJCZĘSTSZE PYTANIA ZADAWANE PRZEZ PACJENTÓW DOTYCZĄCE HIDRADENITIS SUPPURATIVA

Miłosz Lewandowski¹, Paweł Łukowicz², Dariusz Świetlik², Wioletta Barańska-Rybak¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Zakład Biostatystyki i Sieci Neuronowych, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Jednym z najdynamiczniej rozwijających się obszarów wykorzystania sztucznej inteligencji w ostatnich latach jest medycyna. Badanie miało na celu ocenę skuteczności ChatGPT-4 w odpowiadaniu na najczęstsze pytania pacjentów dotyczące *hidradenitis suppurativa*.

Materiał i metody: Grupa 31 lekarzy i 30 pacjentów chorujących na *hidradenitis suppurativa* niezależnie oceniła i porównała jakość, empatię i satysfakcję z odpowiedzi udzielonych przez ChatGPT-4 i dermatologa na 20 najczęściej zadawanych pytań dotyczących trądziku odwróconego. Uczestnicy badania nie zostali poinformowani o źródłach odpowiedzi, aby zmniejszyć ryzyko stronniczości. Na ostatniej stronie ankiety, bez możliwości powrotu do oceny odpowiedzi, zadano uczestnikom pytanie: „Biorąc pod uwagę, że AI może odpowiedzieć na Twoje pytania dokładniej i bardziej empatycznie niż lekarz, od którego wolałbyś otrzymać odpowiedź?” Badanie przeprowadzono za pomocą ankiety utworzonej w formularzu Google.

Wyniki: Dla każdej zmiennej: jakości, empatii i satysfakcji, zarówno pacjenci, jak i lekarze ocenili odpowiedzi wygenerowane przez ChatGPT-4 znacznie lepiej niż odpowiedzi udzielone przez dermatologa ($p < 0,00001$ dla każdej zmiennej). Co więcej, zapytani, którą z dwóch odpowiedzi woleliby otrzymać, w 88,33% pytań pacjenci wybrali odpowiedź wygenerowaną przez ChatGPT-4. Na pytanie znajdujące się na ostatniej stronie ankiety spośród 30 pacjentów 21 osób odpowiedziało, że pomimo niższej jakości i empatii, wolałyby uzyskać odpowiedź od lekarza.

Wnioski: Sztuczna inteligencja, w tym duże modele językowe, może w przyszłości mieć znaczący wpływ na informacje medyczne czytane w Internecie. Co więcej, modele językowe będą ułatwiać współpracę między lekarzami a pacjentami. Nasze badanie wykazało, że pomimo lepszej oceny odpowiedzi ChatGPT-4, pacjenci nadal preferują lekarzy jako źródło informacji. Co pokazuje, że sztuczna inteligencja nie zastąpi szybko lekarzy, choć niewątpliwie powinniśmy nauczyć się z nią żyć i współpracować.

UŻYTECZNOŚĆ SKÓRNYCH TESTÓW PŁATKOWYCH W DIAGNOSTYCE RÓŻNICOWEJ ŚWIERZBIĄCZKI GUZKOWEJ

Aleksander Początek¹, Mateusz Serwiński², Maciej Spałek³

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii i Dermatologii Estetycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

²Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

³Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Wstęp: Świerzbiczka guzkowa to przewlekła dermataza o nieznanym przyczynie, charakteryzująca się występowaniem silnie swędzących guzków na ciele, w szczególności na kończynach górnych i dolnych. Z uwagi na silny świąd w diagnostyce różnicowej uwzględnia się alergiczne kontaktowe zapalenie skóry, które diagnozowane jest na podstawie skórnych testów płatkowych. Celem niniejszego badania jest ocena wartości diagnostycznej naskórkowych testów płatkowych w diagnostyce różnicowej świerzbiączki guzkowej.

Materiał i metody: Retrospektywne badanie przeprowadzono w Katedrze i Klinice Dermatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego w Poznaniu w latach 2014–2023. Analizie poddano 366 pacjentów z rozpoznaniem świerzbiączki guzkowej, z czego wyodrębniono grupę 148 osób, u której wykonano skórne testy płatkowe. Wyróżniono 2 grupy badane — 56 pacjentów z potwierdzoną histopatologicznie świerzbiączką guzkową i 92 pacjentów z rozpoznaniem klinicznym świerzbiączki guzkowej, bez potwierdzenia badaniem histopatologicznym. Grupę kontrolną stanowiło 33 pacjentów z rozpoznaniem wyprysku rąk i/lub podudzi.

Wyniki: Nie uzyskano istotnie statystycznej różnicy w występowaniu alergii kontaktowej pomiędzy żadną z badanych grup a grupą kontrolną.

Najczęściej występującym alergenem w grupie pacjentów z potwierdzoną histopatologicznie świerzbiączką guzkową był nikiel, w grupie osób bez potwierdzenia histopatologicznego były nikiel oraz chrom, a w grupie kontrolnej mieszanka zapachowa I, nikiel oraz balsam peruwiański. **Wnioski:** Pacjenci z rozpoznaniem świerzbiączki guzkowej nie mają istotnie wyższego występowania alergii kontaktowej w porównaniu z grupą pacjentów z wypryskiem rąk i/lub podudzi. Z uwagi na charakterystyczny obraz kliniczny świerzbiączki guzkowej skórne testy płatkowe nie muszą być wykonywane w diagnostyce różnicowej.

SESJA PRAC KLINICZNYCH III

WSKAŹNIKI STANU ZAPALNEGO JAKO CZYNNIKI PREDYKCYJNE W UMIARKOWANYM I CIĘŻKIM ATOPOWYM ZAPALENIU SKÓRY U DZIECI POWYŻEJ 6. ROKU ŻYCIA

Michał Dec, Hubert Arasiewicz

Oddział Dermatologii i Leczenia Anomalii Naczyniowych dla Dzieci, Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu

Wstęp: Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest przewlekłą dermatozą zapalną o nawrotowym charakterze, przebiegającą z okresami zaostrzeń i remisji. Wskaźniki stanu zapalnego wyznaczane na podstawie morfologii krwi z rozmazem to biomarkery, które pomagają ocenić poziom stanu zapalnego w organizmie na podstawie składu i liczby różnych typów komórek krwi. Celem prezentowanej pracy jest zbadanie związku pomiędzy dostępnymi biomarkerami odpowiedzi zapalnej wyznaczonymi na podstawie morfologii krwi a wczesną i późną odpowiedzią, lub jej brakiem, na leczenie metotreksatem lub cyklosporyną u dzieci z umiarkowanym i ciężkim AZS. Dla potrzeb pracy odpowiedź na leczenie zdefiniowano jako zmniejszenie wskaźnika obszaru i ciężkości wyprysku atopowego o co najmniej 50% (EASI 50). Założono, że będzie można wyłonić te biomarkery, które okażą się przydatne w procesie monitorowania i predykcji odpowiedzi na leczenie systemowe ciężkiego atopowego zapalenia skóry u pediatrycznych pacjentów.

Materiał i metody: Przeprowadzono retrospektywne badanie pacjentów pediatrycznych z umiarkowanym i ciężkim atopowym zapaleniem skóry, u których rozpoczęto leczenie metotreksatem (MTX) lub cyklosporyną. Uzyskano dane od 100 dzieci leczonych MTX oraz 30 leczonych cyklosporyną.

Wyniki: Wśród wskaźników wyznaczonych na podstawie morfologii krwi istotnie powiązanych z wczesną odpowiedzią na leczenie cyklosporyną lub metotreksatem dzieci z AZS znajdują się RDW-SD, NLR, PLR, LMR, SIRI, SII, AISI. Najlepszą wartość prognostyczną wczesnej odpowiedzi EASI na leczenie uzyskano dla wskaźnika RDW-SD, $AUC = 0,677$ (95% CI 0,532–0,822). Wskaźniki RDW-SD ($p = 0,034$), NLR ($p = 0,024$), dNLR ($p = 0,021$), PLR ($p = 0,048$), SIRI ($p = 0,005$), SII ($p = 0,018$) oraz AISI ($p = 0,006$) są istotnie powiązane z wczesną poprawą samopoczucia pacjentów leczonych cyklosporyną lub metotreksatem. Płeć dziecka, obecność alergicznego nieżyty nosa (ANN), astmy i atopii w rodzinie dziecka mają związek z brakiem wczesnej odpowiedzi na zastosowane leczenie cyklosporyną lub metotreksatem.

Wnioski: Z uwagi na ograniczoną dostępność cytokin jako markera efektywności leczenia chorych w praktyce klinicznej, powodowaną wysokimi kosztami ich oznaczania, ważne jest poszukiwanie innych, wiarygodnych biomarkerów. Takim substytutem oceny postępów choroby mogą stać się dostępne i niedrogie wskaźniki wyznaczone na podstawie morfologii krwi z rozmazem, pod warunkiem, że zostanie oceniona ich czułość i swoistość, a także wartość predykcyjna. Zastosowanie wskaźników stanu zapalnego pochodzenia krwinkowego może być szczególnie przydatne w identyfikacji osób późno lub w ogóle nieodpowiadających na leczenie cyklosporyną czy metotreksatem. Uzyskane wyniki sugerują, że takie oczekiwania mogą spełniać RDW-SD, NLR, PLR, LMR, SIRI, SII, AISI. To ważna obserwacja, która umożliwiłaby jak najwcześniejsze włączenie alternatywnych leków biologicznych lub innych leków immunomodulujących w leczeniu AZS u tych pacjentów.

DIAGNOSTYKA AUTOIMMUNIZACYJNYCH CHOROBY PĘCHERZOWYCH: JAK PRZEPROWADZAĆ IMMUNOFLUORESCENCJĘ BEZPOŚREDNIA, ZACHOWUJĄC EFEKTYWNOŚĆ KOSZTOWĄ? ANALIZA DANYCH ZE ŚRODKOWOEUROPEJSKIEGO OŚRODKA REFERENCYJNEGO

Michał Owczarek¹, Bogusz Falkowski¹, Magdalena Jałowska¹, Monika Bowszyc-Dmochowska², Maria Raptis-Bolwach¹, Marian Dmochowski¹

¹Pracownia Autoimmunizacyjnych Dermatyz Pęcherzowych, Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

²Pracownia Histopatologii i Immunopatologii Skóry, Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Wstęp: Autoimmunizacyjne choroby pęcherzowe (ADP, *autoimmune blistering diseases*) cechują się patogenetycznie autoimmunizacją wobec białek strukturalnych lub enzymów ulegających ekspresji w skórze i błonach śluzowych. Podstawową metodą używaną współcześnie w diagnozowaniu ADP jest immunofluorescencja bezpośrednia (DIF, *direct immunofluorescence*). Celem niniejszej pracy była ocena ilości pozytywnych wyników DIF spośród wszystkich nadesłanych do ośrodka referencyjnego testów od chorych podejrzewanych na poziomie klinicznym o ADP, a w związku z tym ocena efektywności kosztowej badań i wyciągnięcie wniosków dotyczących sposobów jej poprawy w celu usprawnienia procesu diagnostycznego ADP.

Materiał i metody: W ciągu ośmiu lat (2016–2023) zebrano 1797 badań DIF. Poddano je analizie retrospektywnej pod kątem liczby pozytywnych i negatywnych wyników w zależności od rodzaju jednostki, która nadesłała materiał oraz roku przeprowadzenia badania, a także sumarycznie.

Wyniki: Pozytywny wynik badania DIF dotyczył 39,57% spośród wszystkich nadesłanych testów. Różnił się on w zależności od roku, przy czym wzrastał w kolejnych latach (od 33,57% w 2016 roku do 44,44% w 2021 roku) oraz był wyższy wśród materiałów nadesłanych z przychodni niż z oddziałów szpitalnych (41,85% do 33,00%; $p = 0,0004$).

Wnioski: Badanie DIF powinno być zlecane w uzasadnionych przypadkach, gdyż zasobami diagnostycznymi należy gospodarować w sposób racjonalny. Odsetek pozytywnych wyników na poziomie 40% może zostać uznany za zadowalający. Aby zwiększyć ten odsetek i jednocześnie poprawić efektywność kosztową, jednostki specjalistyczne zlecające i wykonujące badanie DIF powinny dążyć do ciągłego doskonalenia poziomu wiedzy i umiejętności w zakresie diagnostyki ADP. Jednakże wyniki ujemne nie powinny być przy tym uznawane za błąd. Niższy procent wyników pozytywnych w materiałach nadesłanych z oddziałów szpitalnych może być związany z profilem hospitalizowanego pacjenta — z natury rzeczy bardziej wymagającego pod kątem diagnostycznym. Przychodnie cechują się wyższym odsetkiem wyników pozytywnych, co sugeruje że statystycznie są bardziej kosztoszczędne w diagnostyce ADP niż oddziały szpitalne.

ANALIZA SKUTECZNOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA TERAPII W RAMACH PROGRAMU LEKOWEGO B.47 PROWADZONEGO W KLINICE DERMATOLOGII I WENEROLOGII UNIwersyteckiego SZPITALA KLINICZNEGO NR 2 UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI

Agnieszka Kimak-Pielas, Agnieszka Żebrowska

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Celem niniejszej pracy jest retrospektywna ocena skuteczności i bezpieczeństwa terapii biologicznej u pacjentów z łuszczycą leczonych w Klinice Dermatologii i Wenerologii USK 2 UMED w Łodzi w ramach programu lekowego B.47 „Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej”.

Materiał i metody: Badaniem objęto grupę pacjentów, dla których analizowano dane demograficzne, wywiad rodzinny, choroby współistniejące oraz wcześniejsze metody leczenia łuszczycy. Skuteczność terapii oceniano za pomocą skal *Dermatology Life Quality Index* (DLQI), *Body Surface Area* (BSA), *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI) oraz skal specyficznych dla miejsc szczególnych (paznokcie, skóra owłosiona głowy, okolica anogenitalna, twarz, ręce i stopy), natomiast bezpieczeństwo leczenia na podstawie częstości i rodzaju działań niepożądanych oraz zmian w parametrach laboratoryjnych (morfologia, CRP, ALT, AST,

kreatynina). Pacjentów podzielono na kilka grup w zależności od stosowanego leku (anty-TNF, anty-IL17, anty-IL17AF, anty-23, anty-IL12/23), a odpowiedź terapeutyczną oceniano w odstępach kwartalnych przez pierwszy rok leczenia.

Wyniki: Za wskaźnik skuteczności terapii uznano osiągnięcie PASI-75 (redukcję o 75% lub więcej w skali PASI w porównaniu z wartością początkową przed rozpoczęciem terapii). Szczególną uwagę zwrócono na czas do osiągnięcia PASI-75, stabilność wyniku PASI w ciągu roku oraz jego wartość na koniec analizowanego okresu. Dodatkowo badano zmiany we wskaźnikach stanu zapalnego na różnych etapach terapii.

Wnioski: Wyniki poddano analizie statystycznej w celu oceny zależności między analizowanymi zmiennymi.

PODWYŻSZONY POZIOM IL-10 W SUROWICY JEST ZWIĄZANY Z WOLNIEJSZĄ ODPOWIEDZIĄ SEROLOGICZNĄ PO LECZENIU KIŁY W CZASIE CIĄŻY

Martyna Kiołbasa, Konrad Kaminiów, Maciej Pastuszcak

Oddział Kliniczny Dermatologii Katedry Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii Wydziału Nauk Medycznych w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu w Katowicach

Wstęp: Prawidłowa odpowiedź serologiczna na leczenie kiły jest najlepszym wykładnikiem wyleczenia zakażenia krętkiem błędym. Szacuje się, że około 50% ciężarnych pacjentek leczonych z powodu kiły nie osiąga obniżenia miana odczynów niekrętkowych w momencie porodu. Odpowiedź serologiczna u kobiet w ciąży wydaje się być wolniejsza w porównaniu z osobami niebędącymi w ciąży. Budzi to duży niepokój głównie w odniesieniu do skuteczności leczenia i możliwości zakażenia płodu. Jak dotychczas mechanizm tego zjawiska nie został poznany. Niniejsze badanie miało na celu określenie związku między odpowiedzią immunologiczną gospodarza, odpowiedzią serologiczną na leczenie kiły a stanem klinicznym i serologicznym dziecka ciężarnych kobiet z kiłą.

Materiał i metody: Do badania włączono 24 kobiety z rozpoznaną wczesną kiłą, w tym 14 kobiet w ciąży. Cytokiny prozapalne i regulatorowe (IFN- γ , TNF- α , IL-4, IL-1 β , IL-10, 61 TGF- β) mierzono przed leczeniem i 6 miesięcy po leczeniu penicyliną benzatynową. U pacjentek ciężarnych z kiłą wykonywano comiesięczne szczegółowe badania ultrasonograficzne płodu wraz z pomiarem szczytowego przepływu w tętnicy środkowej. Uzyskane wyniki skorelowano z odpowiedzią serologiczną na leczenie.

Wyniki: Wśród pacjentek leczonych na kiłę 50% nie uzyskało prawidłowej odpowiedzi serologicznej na leczenie w momencie porodu. Mediana czasu do osiągnięcia prawidłowej odpowiedzi serologicznej na zastosowane leczenie wynosiła 5 miesięcy u pacjentek ciężarnych i 2 miesiące u pacjentek niebędących w ciąży. Kobiety w ciąży miały istotnie wyższe poziomy IL-10 i TGF- β w surowicy na początku i 6 miesięcy po leczeniu w porównaniu z osobami niebędącymi w ciąży ($p < 0,05$). U żadnego z płodów nie stwierdzono nieprawidłowości w badaniu USG. U żadnego z dzieci nie rozpoznano kiły wrodzonej.

Wnioski: Nasiloną regulatorowa odpowiedź immunologiczna na zakażenie krętkiem błędym może być związana z wolniejszą odpowiedzią serologiczną na terapię w czasie ciąży. Brak prawidłowej odpowiedzi serologicznej na leczenie kiły w momencie porodu wydaje się nie być związany z ryzykiem kiły wrodzonej.

ASPEKT IMMUNOLOGICZNY ŚWIĄDU ZWIĄZANEGO Z PRZEWLEKŁĄ CHOROBA NEREK — OCENA STĘŻENIA INTERLEUKINY 13 W SUROWICY U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH

Karolina Świerczyńska-Mróż, Jacek Szepietowski

Uniwersyteckie Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej we Wrocławiu

Wstęp: Świąd związany z przewlekłą chorobą nerek dotyczy około 40% pacjentów poddawanych hemodializie. Jest jednym z najbardziej uciążliwych problemów zgłaszanych w tej grupie pacjentów, wyraźnie negatywnie wpływa na codzienną jakość życia i jest niezaprzeczalnie związany z wyższą śmiertelnością. Pomimo ponad 50-letnich badań, jego etiopatogeneza wciąż nie jest w pełni poznana. Badanie dotyczy aspektu dysregulacji układu immunologicznego jako potencjalnej przyczyny odczuwania świądu u pacjentów dializowanych. Ocenia ono możliwy udział interleukiny 13 (IL-13) w patogenezie świądu mocznicy.

cowego. Celem badania było oznaczenie stężenia IL-13 w surowicy u pacjentów dializowanych ze świądem, u pacjentów dializowanych bez świądu i w grupie kontrolnej, jak również sprawdzenie możliwej korelacji między poziomem IL-13 a nasileniem świądu.

Materiał i metody: Badana populacja składała się ze 176 osób i obejmowała pacjentów hemodializowanych bez świądu (grupa A, n = 64), pacjentów hemodializowanych zgłaszających świąd (grupa B, n = 62) oraz zdrowe osoby stanowiące grupę kontrolną (grupa C, n = 50). Próbkę krwi o objętości 9 ml pobrano od wszystkich pacjentów dializowanych bezpośrednio przed sesją dializy. Stężenie ludzkiej IL-13 w surowicy określono metodą testu ELISA. Ponadto każdy pacjent wypełnił 3 kwestionariusze oceniające nasilenie i charakteryzujące świąd — skalę NRS, UP-Dial oraz ItchyQoL.

Wyniki: Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że poziom IL-13 w surowicy był istotnie wyższy ($p < 0,001$) w grupie B (pacjenci zgłaszający świąd) niż w grupie A (pacjenci bez świądu). Nie zaobserwowano jednak korelacji pomiędzy stężeniem IL-13 w surowicy a wynikami uzyskanymi w kwestionariuszach charakteryzujących świąd, stosowanych w badaniu.

Wnioski: Wyniki badania mogą potwierdzać teorię o wpływie tej cytokiny na patogenezę świądu u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. Jednak dalsze badania na większej grupie badanej ukierunkowane na tę cytokinę mogą przynieść więcej informacji na temat immunologicznego aspektu świądu mocznicowego.

OCENA CZYNNIKÓW RYZYKA WYSTĄPIENIA ZAPALENIA SPOJÓWEK U PACJENTÓW LECZONYCH DUPILUMABEM

Paulina Stępińska, Maciej Pastuszczyk

Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii, Szpital Specjalistyczny w Zabrze

Wstęp: Dupilumab jest rekombinowanym ludzkim przeciwciałem monoklonalnym klasy IgG4 skierowanym przeciwko interleukinie 4 (IL-4) i interleukinie 13 (IL-13). Zapalenie spojówek, obok reakcji w miejscu wstrzyknięcia, jest jednym z najczęstszych działań niepożądanych w czasie terapii dupilumabem atopowego zapalenia skóry (AZS). W badaniach dotyczących stosowania dupilumabu w innych wskazaniach rejestracyjnych częstość występowania zapalenia spojówek była niska i porównywalna z placebo. Badanie ma na celu scharakteryzować grupę chorych, u których rozwija się zapalenie spojówek oraz ocenić, czy infekcja *Demodex* stwierdzana jeszcze przed rozpoczęciem leczenia predysponuje do wystąpienia zapalenia spojówek. Oceniono mikrobiom brzegów powiek i worka spojówkowego oraz zmianę jego składu podczas leczenia dupilumabem.

Materiał i metody: Do badania włączono 18 pacjentów z AZS zakwalifikowanych do leczenia dupilumabem w ramach programu lekowego B.124. U wszystkich pacjentów przed rozpoczęciem leczenia oraz 16 tygodni od jego rozpoczęcia wykonano badania: 1) na obecność *Demodex folliculorum* w zakresie brzegów powiek, 2) test Schirmera, 3) wskaźnik choroby powierzchni oka (OSDI, *Ocular Surface Disease Index*). Standardowo dokonano także ocenę nasilenia AZS z wykorzystaniem skali *Eczema Area and Severity Index* (EASI) i *Dermatology Life Quality Index* (DLQI).

Wyniki: Po 16 tygodniach od rozpoczęcia leczenia u 8 z 18 (44,4%) pacjentów rozpoznano stan zapalny spojówek. Obecność nużeńca przed rozpoczęciem leczenia dupilumabem zidentyfikowano u 75% pacjentów ze stwierdzonym później zapaleniem spojówek vs. 20% u chorych bez zapalenia spojówek ($p < 0,05$). Grupa pacjentów ze stwierdzonym nużeńcem przed rozpoczęciem leczenia charakteryzowała się istotnie statystycznie niższymi wynikami w teście Schirmera oraz wyższymi wskaźnikami choroby powierzchni oka (OSDI) ($p < 0,05$). Ponadto wykazano, że mimo poprawy stanu skóry na skutek zastosowanego leczenia dupilumabem, u pacjentów z zapaleniem spojówek wskaźnik jakości życia nie uległ istotnemu zmniejszeniu.

Wnioski: Wystąpienie zapalenia spojówek istotnie obniża jakość życia pacjentów leczonych dupilumabem. Czynniki prognostycznymi zapalenia spojówek może być obecność nużeńca oraz współistniejące objawy zespołu suchego oka. U takich pacjentów wskazany jest wzmożony nadzór kliniczny, a nawet wybór innej formy leczenia dostępnej w ramach programu lekowego.

INSTAGRAM KONTRA DERMATOLOG: JAK MEDIA SPOŁECZNOŚCIOWE KSZTAŁTUJĄ DECYZJE O LECZENIU TRĄDZIKU

Paulina Rutecka, Dawid Wołak, Karina Polak

Katedra i Klinika Dermatologii w Katowicach

Wstęp: Współcześnie wielu pacjentów korzysta z mediów społecznościowych jako kluczowego źródła informacji medycznych, szczególnie na temat chorób dermatologicznych. Treści te mogą znacząco wpływać na postrzeganie przez pacjentów ich schorzeń oraz dostępnych metod leczenia, choć często trudno jest ocenić ich wiarygodność. Wciąż brakuje wystarczających danych na temat faktycznego wpływu mediów społecznościowych na proces leczenia pacjentów z trądzikiem.

Materiał i metody: Badanie przekrojowe zaprojektowano z wykorzystaniem ankiety internetowej stworzonej na platformie Google Forms. Kwestionariusz zawierał 27 pytań dotyczących korzystania z mediów społecznościowych oraz ich wpływu pielęgnację skóry trądzikowej. W badaniu wzięło udział 1245 respondentów. Odpowiedzi były zbierane w pierwszym półroczu 2024 roku. Analizę statystyczną zebranych danych przeprowadzono przy użyciu oprogramowania Statistica 13.0.

Wyniki: Zebrane dane pochodziły od 1217 kobiet (97,8%) i 28 mężczyzn (2,2%). Główną grupę wiekową respondentów stanowiły osoby w wieku od 31 do 40 lat (40,5%). Wśród ankietowanych użytkowników mediów społecznościowych 97,2% śledziło treści związane z pielęgnacją skóry na platformach społecznościowych. Spośród nich 91,9% wskazało, że takie treści wpłynęły na ich wybór pielęgnacji skóry. Na pytanie, gdzie najchętniej szukaliby porad dotyczących pielęgnacji skóry, prawie połowa wskazała, że skonsultowałaby się z dermatologiem, natomiast aż 20% uczestników skorzystałaby w tym celu z mediów społecznościowych. 76,7% uczestników skonsultowało się w pewnym momencie z dermatologiem lub kosmetologiem w związku z trądzikiem, ale 44,6% z nich stwierdziło, że zalecane zmiany nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Natomiast 69,5% uważało, że treści dotyczące pielęgnacji skóry dostępne online są wartościowe i wystarczające w radzeniu sobie z trądzikiem.

Wnioski: Media społecznościowe mają znaczący wpływ na wybory pielęgnacyjne, jednocześnie narażając pacjentów na sprzeczne informacje, co może prowadzić do nieodpowiednich decyzji pielęgnacyjnych i wpływać negatywnie na skuteczność leczenia trądziku. Dermatolodzy powinni aktywnie angażować się w media społecznościowe, dostarczając rzetelne informacje. Edukowanie pacjentów o wiarygodnych źródłach online oraz uwzględnianie wpływu treści internetowych w konsultacjach może poprawić skuteczność leczenia chorób skóry.

ZASTOSOWANIE WIDEODERMATOSKOPII I OCENA SKUTECZNOŚCI TERAPII FOTODYNAMICZNEJ W LECZENIU *NECROBIOSIS LIPOIDICA*

Ewelina Mazur, Dominika Kwiatkowska, Karolina Kijowska, Adam Reich

Zakład i Klinika Dermatologii, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

Wstęp: *Necrobiosis lipoidica* (NL) to rzadka i przewlekła choroba charakteryzująca się obecnością żółtobrązowych, zanikowych, teleangietycznych blaszek zlokalizowanych zwykle na kończynach dolnych. W badaniu histopatologicznym prezentuje cechy martwicy kolagenu i stan zapalny skóry właściwej. Obserwuje się większą częstość występowania NL wśród kobiet (3:1). W 0,3–1,2% towarzyszy cukrzycy, ale aż 65% pacjentów z NL to osoby chorujące na cukrzycę. Terapia fotodynamiczna (PDT, *photodynamic therapy*) jest jednym ze sposobów leczenia NL. W literaturze jej skuteczność opisywana jest w granicach 40–80%. Szczególnie wyższą efektywność zabiegów uzyskuje się, jeśli zabieg PDT poprzedzony jest powierzchownym lyżeczkowaniem zmian skórnych. W literaturze brak jest jednak wyszczególnienia, czy współwystępowanie cukrzycy u pacjentów z NL leczonych PDT jest pozytywnym, czy negatywnym czynnikiem rokowniczym. W niniejszej pracy zaprezentowano serię przypadków pacjentów z NL leczonych terapią fotodynamiczną z podziałem na diabetyków i osoby niechorujące na cukrzycę.

Cel: Ocena przydatności zastosowania terapii fotodynamicznej w leczeniu obumierania tłuszczowatego podudzi (NL).

Materiał i metody: Do badania włączono pacjentów z NL. Grupę badaną podzielono na diabetyków (DM, *diabetes mellitus*) oraz osoby niechochące na cukrzycę. Zmiany skórne oceniono wideodermatoskopowo przed i po kolejnych zabiegach terapii fotodynamicznej.

Wyniki: Grupa objęła 6 pacjentów z rozpoznaniem NL (troje z DM, troje bez DM). Wszyscy pacjenci (100%) leczeni byli wcześniej miejscowymi glikokortykosteroidami bez poprawy. Wszystkie oceniane zmiany skórne prezentowały w dermatoskopii typowe cechy charakterystyczne dla NL, między innymi żółto-pomarańczowe lub brązowe tło, obecność białych obszarów bezstrukturalnych, białych linii, brązowej porożywanej pseudosiłki barwnikowej, naczyń liniowych rozgałęzionych, zakrzywionych oraz kropek. U pacjentów z DM po serii czterech zabiegów terapii fotodynamicznej badaniem wideodermatoskopowym wykazano niemal zupełne ustąpienie zmian chorobowych. W przypadku pacjentów bez towarzyszącej DM uzyskano wyłącznie częściową redukcję wielkości zmian i ich wybarwienia.

Wnioski: Terapia fotodynamiczna stanowi skuteczną formę terapii obumierania tłuszczowatego podudzi, zwłaszcza w grupie osób chorujących na cukrzycę, a badanie wideodermatoskopowe jest użytecznym narzędziem pomocnym w ocenie skuteczności prowadzonej terapii.

ANALIZA KLINICZNA I EPIDEMIOLOGICZNA PRZYPADKÓW LISZAJA TWARDZINOWEGO OKOLICY ANOGENITALNEJ — WNIOSKI DOTYCZĄCE DIAGNOSTYKI I TERAPII

Julia Sieczych^{1,2}, Beata Młynarczyk-Bonikowska¹

¹Klinika Dermatologiczna UCK Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Klinika Ambroziak

Wstęp: Liszaj twardzinowy (LS, *lichen sclerosus*) jest przewlekłą chorobą zapalną skóry i błon śluzowych. Dotyczy najczęściej narządów płciowych i odbytu. Etiologia i patogenezę choroby pozostają niewyjaśnione. W przebiegu choroby może dochodzić do bliznowacenia, atrofii skóry i śluzówek okolicy narządów płciowych i odbytu, a w konsekwencji do zaburzeń czynnościowych. Liszaj twardzinowy ma również potencjał nowotworowy. W LS istnieje zwiększone ryzyko rozwoju neoplazji śród-nabłonkowej oraz raka płaskonabłonkowego sromu i prącia. Objawy u kobiet początkowo mogą być dyskretne i niespecyficzne, jak rumień, następnie pojawiają się pęknięcia śluzówki, atrofia skóry i błon śluzowych oraz fuzya warg sromowych mniejszych i większych. Pacjentki mają zaznaczone objawy subiektywne, takie jak świąd, pieczenie czy ból podczas kontaktów płciowych. U mężczyzn objawy to zmiany koloru skóry i śluzówek napletka, wędzidełka i żołądki, tworzenie białych grudek i sklerotyzacja. Może dochodzić do wytwarzania pierścienia zaciskającego napletek, a w konsekwencji do stulejki. Do stwardnień dochodzi także w obrębie cewki moczowej, co powoduje zaburzenia urodynamiczne. Rozpoznanie LS stawia się najczęściej na podstawie obrazu klinicznego. Biopsję należy wykonać w przypadkach nietypowych. Leczenie to miejscowe silne glikokortykosteroidy (GKS). Inne opcje obejmują miejscowe inhibitory kalcyneuryny, leczenie chirurgiczne, miejscowe i ogólne retinoidy czy terapię fotodynamiczną. Celami pracy były analiza epidemiologiczna i kliniczna pacjentów z *genital lichen sclerosus* (gLS).

Materiał i metody: Materiał badany stanowiło 459 pacjentów z rozpoznaniem liszajem twardzinowym anogenitalnym leczonych w Klinice Dermatologii i Wenerologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2015–2020. Rozpoznanie liszaj twardzinowy zostało postawione na podstawie obrazu klinicznego u pacjentów, co jest zgodne z zaleceniami i wytycznymi krajowymi i światowymi. U 134 pacjentów ze względu na wątpliwości kliniczne i trudności terapeutyczne pobrano wycinek do badania histologicznego. Analizowano dokumentację medyczną wszystkich chorych. Wykonano analizę statystyczną.

Wyniki: Średnia wieku badanej populacji chorych z LS wynosiła 51 lat, natomiast średni wiek zachorowania na LS — 49 lat. W badanej grupie kobiety były starsze od mężczyzn, w wieku odpowiednio 61 i 42 lata. U większości chorych nie odnotowano chorób współistniejących. Najczęstszą chorobą towarzyszącą gLS była cukrzyca oraz nadciśnienie tętnicze. Choroby weneryczne diagnozowane były u 13,9% chorych z LS. Najczęstszym objawem były zmleczenia błon śluzowych narządów płciowych. Wśród pacjentek 30,5% miało zmiany zanikowe warg sromowych. U 41,8% mężczyzn występował zaciskający pierścień lub zwężenie napletka. Objawy podmiotowe dotyczyły 49,9% badanych. Najczęściej występującą dolegliwością był świąd, zgłasza-

ny przez 77,2% kobiet i 13,4% mężczyzn. Większość badanej grupy miała postawione rozpoznanie na podstawie objawów klinicznych. O pobraniu wycinka decydowała obecność objawów nietypowych, trudności terapeutyczne, brak poprawy lub progresja choroby, starszy wiek. Neoplazję śród-nabłonkową rozpoznano u 1,8% wszystkich i 3% badanych histopatologicznie pacjentów z gLS. Rak płaskonabłonkowy (SCC, *squamous cell carcinoma*) występował u 2,2% wszystkich badanych, 3,8% mężczyzn i 1,2% kobiet. EQ rozpoznano u 0,7% badanych. Najczęściej stosowanym w badanej grupie leczeniem były bardzo silne glikokortykosteroidy zewnętrzne — propionian klobetazolu. W leczeniu podtrzymującym stosowano często inhibitory kalcyneuryny. Terapia fotodynamiczna (PDT, *photodynamic therapy*) stosowana była u 4,6% pacjentów. Poprawę lub ustąpienie zmian obserwowano u blisko 82% leczonych pacjentów.

Wnioski: 1) Zachorowanie na LS występowało średnio w 50. roku życia, później u kobiet niż mężczyzn. 2) Zapadalność na choroby przewlekłe — cukrzyca i nadciśnienie, nietrzymanie moczu — w grupie LS nie była wyższa niż w populacji ogólnej. 3) Choroby weneryczne dotykały 14% chorych z LS. 4) Cechami klinicznymi gLS są zmleczenia błon śluzowych narządów płciowych. Zmiany zanikowe sromu (ponad 30% kobiet), a zwężenie napletka u 42% mężczyzn. U kobiet częściej zmiany LS dotyczyły odbytu, u mężczyzn — cewki moczowej. 5) Najczęstszym objawem podmiotowym był świąd. 6) Współistnienie zmian pozagenitalnych stwierdzono u 7,4% chorych, co sugeruje konieczność badania wszystkich z gLS w kierunku takich zmian. 7) Nie zaleca się pobierania wycinka u pacjentów z typowymi objawami LS, a co za tym idzie traumatyzacji błon śluzowych narządów płciowych. Większość badanej grupy miała postawione rozpoznanie na podstawie objawów, a dobra reakcja na leczenie potwierdzała zasadność takiego postępowania. 8) Neoplazję śród-nabłonkową rozpoznano u 3% badanych histopatologicznie pacjentów z gLS. 9) Częstość występowania SCC prącia lub sromu 2,2% jak i EQ 0,7%, była większa niż w ogólnej populacji, co wskazuje na konieczność oceny pacjentów z gLS pod kątem rozwoju zmian nowotworowych. 10) Do zwiększonej czujności powinny skłonić duże zaawansowanie gLS, starszy wiek, późne wystąpienie objawów gLS i brak poprawy po leczeniu gLS. 11) Najczęściej stosowanym w badanej grupie leczeniem były bardzo silne glikokortykosteroidy.

DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA ŚWIERZBU I WYPRYSKU Z WYKORZYSTANIEM DERMOSKOPII BARDZO DUŻYCH POWIĘKSZEŃ I WSPARTYCH ULTRAFIOLETEM 365 NM

Jan Szlązak¹, Emilia Majewska², Piotr Szlązak³

¹Wydział Lekarski, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

²Kierunek Lekarski, Akademia Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych w Elblągu

³Dermedica, Gdańsk

Wstęp: Świerzb to choroba skóry wywołana przez pasożytniczą na ludzkiej skórze roztocza *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, charakteryzująca się intensywnym świądem i nie zawsze charakterystycznymi zmianami skórnymi, często imitującymi inne dermatozy. Technika dermatoskopii, będąca nieinwazyjnym narzędziem diagnostycznym, zyskuje na znaczeniu w wykrywaniu i potwierdzaniu tej infestacji skórnej.

Materiał i metody: W niniejszej pracy poddano analizie obrazy dermatoskopowe świerzbu (4 pacjentów) i wyprysku (6 pacjentów). Badania przeprowadzono z wykorzystaniem immersji lub bez, w świetle widzialnym spolaryzowanym oraz długości 365 nm. Zdjęcia zostały przeanalizowane pod kątem charakterystycznych znaków dermatoskopowych, takich jak sylwetki osobników dorosłych, jaja pasożyta, nory świerzbowcowe. W dermatoskopii z powiększeniem $\times 300$ uzyskane obrazy analizowano pod kątem szczegółów anatomii pasożyta.

Wyniki: Obrazy dermatoskopowe świerzbu wykazały klasyczne cechy, w tym nory świerzbowców o serpentynowym kształcie i struktury przypominającą objaw lotni będące odwzorowaniem przedniej części roztocza. Zastosowanie światła UV dzięki fluorescencji części ciała pasożyta pozwoliło na lepsze zobrazowanie morfologii roztoczy i śladów ich przemieszczania się w naskórku. Badanie z wykorzystaniem ultrafioletu pozwoliło na odróżnienie brązowych kształtów o układzie lotni od innych struktur, które mogą imitować osobniki świerzbowców widzianych w świetle widzialnym, np. poszerzonych naczyń typowych dla towarzyszącego stanu zapalnego i mikrowybroczyn powstających w konsekwencji drapania miejsc swędzących, na przykład w wyprysku.

Wnioski: Dotychczas rozpoznanie świerzbu mogło być jednoznacznie potwierdzone na podstawie badania mikrobiologicznego, gdy pod mikroskopem świetlnym wykryto dojrzałe osobniki lub ich jaja. Jednakże stałym problemem pozostawało pobieranie próbek z miejsc, gdzie utrzymywał się stan zapalny, ale nory świerzbowcowe były puste, co niesie ryzyko wyników fałszywie ujemnych i możliwego niepoprawnego leczenia. Dermoskopia klasyczna oraz wsparta UV ze szczególnym uwzględnieniem bardzo dużych powiększeń wspiera diagnostykę świerzbu, umożliwiając szybkie i dokładne wykrywanie pasożytów. Wzbogacenie standardowego procesu diagnostycznego o dermoskopię dużych powiększeń pozwala na obserwację detali anatomicznych roztocza, co czyni tę metodę porównywalną z niepodważalnym wykryciem pasożytów w badaniu mikroskopowym.

BEZPIECZEŃSTWO I SKUTECZNOŚĆ DERMOKOSMETYKÓW JAKO UZUPEŁNIENIE KONWENCJONALNEGO LECZENIA TRĄDZIKU — WYNIKI BADANIA OBSERWACYJNEGO W POLSCE

Dominika Kwiatkowska¹, Diana Wolańska-Buzalska², Barbara Zegarska³, Beata Bergler-Czop⁴, Adam Reich¹

¹Zakład i Klinika Dermatologii, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

²L'Oréal Dermatological Beauty, L'Oréal Polska

³Katedra Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁴Katedra i Klinika Dermatologii, Wydział Nauk Medycznych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Trądzik jest jedną z najczęstszych dermatoz, która wywiera znaczny wpływ na jakość życia pacjentów. Częstość występowania tego schorzenia stale wzrasta zarówno w Polsce, jak i na świecie. Konwencjonalne metody leczenia trądziku często powodują suchość i podrażnienie skóry, co może wpływać na ograniczenie przestrzegania zaleceń lekarskich oraz spadek skuteczności prowadzonej terapii. Zastosowanie dermokosmetyków może przyczynić się do poprawy tolerancji preparatów przeciwtrądzikowych. Celem badania była ocena bezpieczeństwa i skuteczności kremu (zawierającego ekstrakt z nasion *Bixa Orellana*, niacynamid, pantenol, *Aqua Posae Filiformis*) i kremu myjącego (zawierającego ekstrakt z nasion *Bixa Orellana*, niacynamid, mannozę i *Aqua Posae Filiformis*) stosowanych przez co najmniej 12 tygodni we wspomaganym leczeniu farmakologicznego (miejscowego i/lub ogólnoustrojowego) u pacjentów z trądzikiem pospolitym.

Materiał i metody: W 12-tygodniowym badaniu obserwacyjnym wzięli udział pacjenci z trądzikiem pospolitym o nasileniu od łagodnego do bardzo ciężkiego. Wszyscy uczestnicy otrzymali krem dermokosmetyczny i krem myjący jako uzupełnienie przepisanej terapii przeciwtrądzikowej (leki miejscowe, doustna izotretynoina lub ogólnoustrojowe antybiotyki/spironolakton w połączeniu z lekami miejscowymi). Nasilenie trądziku było oceniane przez lekarzy przy użyciu skali GEA podczas każdej z wizyt. Ponadto zastosowano *Cardiff Acne Disability Index* (CADi) w celu oceny wpływu trądziku na jakość życia pacjentów.

Wyniki: W badaniu wzięło udział 306 pacjentów, głównie płci żeńskiej (60,8%, n = 186; średnia wieku 21 lat). Po 12 tygodniach znaczną poprawę w skali GEA zaobserwowano u 88,9% pacjentów, z czego u 33% nastąpiła poprawa o dwa lub więcej stopni (p < 0,05). Statystycznie istotne zmiany zaobserwowano w zakresie redukcji rumienia, złuszczenia i suchości (średnio o 60,3%, 58,7% i 64,5%) (p < 0,05). Ponadto zaobserwowano znaczną redukcję świądu (57,4%), mrowienia (30,6%) i klucia (55,6%). Ogólna jakość życia wykazała znaczną poprawę w takich aspektach, jak odczucia związane z wyglądem skóry (70% pacjentów), postrzeganie problemów spowodowanych przez trądzik (69% pacjentów), codzienne życie i relacje z innymi (65% pacjentów). Zarówno dermatolodzy, jak i pacjenci ocenili tolerancję produktów jako wysoką lub doskonałą (odpowiednio 97% i 94%).

Wnioski: Dermokosmetyki są bezpieczną i skuteczną formą uzupełnienia miejscowej i/lub ogólnoustrojowej terapii przeciwtrądzikowej u pacjentów z trądzikiem pospolitym o nasileniu od łagodnego do ciężkiego. Badanie wykazało, że odpowiednia pielęgnacja skóry zwiększa tolerancję terapii przeciwtrądzikowych.

SESJA PRAC KLINICZNYCH IV

UCZULENIE NA SKŁADNIKI KOSMETYKÓW U DOROSŁYCH Z KONTAKTOWYM ZAPALENIEM SKÓRY RĄK W 6-LETNIEJ OBSERWACJI PACJENTÓW PORADNI ALERGICZNYCH CHOROBY SKÓRY UNIwersYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO W GDAŃSKU

Martyna Kłossowska¹, Elżbieta Grubska-Suchanek¹, Magdalena Trzeciak^{1,2}

¹Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Przyczyną kontaktowego zapalenia skóry (KZS) jest ekspozycja na czynniki drażniące lub hapteny, które w kontakcie ze skórą wywołują reakcje zapalne. Wśród składników kosmetyków najczęściej uczulają konserwanty i substancje zapachowe. Jedną z głównych lokalizacji zmian w przebiegu alergicznego KZS jest skóra rąk. Celem pracy jest analiza uczulenia na składniki kosmetyków, wyodrębnione wśród alergenów kontaktowych, które wywołują zapalenie skóry rąk.

Materiał i metody: Sześćdziesięcioletnia retrospektywna analiza wyników naskórkowych testów płatkowych (NTP) wykonanych u 1467 dorosłych pacjentów Poradni Alergicznych Chorób Skóry Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku w latach 2014–2020. Naskórkowe testy płatkowe przeprowadzono przy użyciu zestawu 30 haptenuw Polskiej Serii Podstawowej (PSP). Substancje wchodzące w skład PSP, będące składnikami kosmetyków, wyodrębniono i podzielono na: konserwanty, substancje zapachowe, barwniki oraz substancje pochodzenia naturalnego.

Wyniki: Naskórkowe testy płatkowe wykonano u 1467 pacjentów, wśród których u 389 osób obserwowano zmiany skórne na rękach. Spośród badanych z kontaktowym zapaleniem skóry rąk 252 osoby uzyskały pozytywny wynik NTP na co najmniej jeden z haptenuw, wchodzących w skład PSP. Odsetek wyników pozytywnych uczulenia na składniki kosmetyków w tej grupie wynosił 60,7%. Najczęściej uczulającymi haptenuwami były: metyloizotiazolinon — 37,3%, balsam peruwiański — 27,5%, mieszanka zapachowa I — 21,6% oraz metylobromoglutaronitryl — 16,99%.

Wnioski: Uczulenie na składniki kosmetyków jest istotnym czynnikiem powodującym alergiczne kontaktowe zapalenie skóry rąk. W procesie terapeutycznym tej choroby najważniejsza jest identyfikacja i unikanie alergenu wywołującego objawy. Ze względu na rosnącą popularność różnego rodzaju produktów kosmetycznych, rośnie również częstość uczulenia na ich składniki. Znajomość alergenów kontaktowych oraz częstość ich występowania jest istotna społecznie i ekonomicznie, ma też znaczenie podczas tworzenia regulacji dotyczących dopuszczalnej zawartości uczulających substancji w produktach kosmetycznych. Ze względu na zmienność w czasie częstość występowania alergii kontaktowej na poszczególne hapteny wymaga ciągłego monitorowania.

ZASTOSOWANIE DERMOSKOPII WZMOCNIONEJ ULTRAFIOLETEM W OCENIE RAKA PODSTAWNOKOMÓRKOWEGO

Irena Wojtowicz, Magdalena Żychowska

Klinika Dermatologii w Rzeszowie, Uniwersytet Rzeszowski

Wstęp: Rak podstawnokomórkowy (BCC, *basal cell carcinoma*) jest najczęstszym nieczerniakowym nowotworem skóry. Celem badania była ocena przydatności światła UVA 365 nm, niedawno wprowadzonego do dermoskopii, w poprawie diagnozowania raka podstawnokomórkowego, ze szczególnym uwzględnieniem korelacji struktur obserwowanych w tradycyjnej dermoskopii oraz dermoskopii wspartej UVA (UVFD).

Materiał i metody: Oceny BCC dokonano za pomocą dermoskopii spolaryzowanej (PD, *polarized dermoscopy*) oraz UVFD (*ultraviolet-*

-enhanced fluorescence dermoscopy). Wyniki uzyskane w PD opisano, wykorzystując zdefiniowane wcześniej parametry oceny dermatoskopowej. Cechy widziane w UVFD zdefiniowano po raz pierwszy, na podstawie własnych obserwacji. Zaliczono do nich: zaburzenie wzorca mieszków włosowych, brak różowo-pomarańczowej lub niebiesko-zielonej fluorescencji obserwowanej w zdrowej, otaczającej skórze, wyraźnie zaznaczone granice oraz ciemną sylwetkę.

Wyniki: Łącznie przeanalizowano 163 przypadki BCC. W UVFD zaburzenie wzorca mieszków włosowych ($p < 0,001$), brak różowo-pomarańczowej fluorescencji ($p = 0,005$) i wyraźnie zaznaczone granice ($p = 0,031$) były częściej obserwowane w BCC < 5 mm niż w większych rakach. Zmiany na twarzy częściej wykazywały wyraźnie zdefiniowane granice ($p = 0,031$) i zaburzenie wzorca mieszków włosowych ($p < 0,001$) niż zmiany zlokalizowane poza twarzą. Guzkowe BCC częściej prezentowały zaburzenie wzorca mieszków włosowych ($p = 0,001$) i brak różowo-pomarańczowej fluorescencji ($p < 0,001$) niż podtypy powierzchniowe. Niepigmentowane BCC częściej wykazywały brak niebiesko-zielonej fluorescencji ($p = 0,007$) i zaburzenie wzorca mieszków włosowych ($p = 0,018$) w porównaniu do raków pigmentowanych.

Wnioski: UVFD może być cennym narzędziem uzupełniającym PD w diagnostyce BCC, szczególnie w małych guzach, zmianach zlokalizowanych na twarzy oraz w podtypach guzkowych lub niepigmentowanych.

ULTRASONOGRAFICZNA OCENA LECZENIA ROGOWACENIA SŁONECZNEGO ZA POMOCĄ TERAPII FOTODYNAMICZNEJ

Katarzyna Korecka¹, Anna Slian², Joanna Czajkowska², Aleksandra Dańczak-Pazdrowska³, Ryszard Żaba¹, Adriana Polańska¹

¹Zakład Dermatologii i Wenerologii, Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

²Wydział Inżynierii Biomedycznej, Katedra Informatyki Medycznej i Sztucznej Inteligencji, Politechnika Śląska

³Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Wstęp: Rogowacenie słoneczne (AK, *actinic keratosis*) jest jedną z najczęstszych chorób w populacji osób starszych, w ocenie której szeroko wykorzystywane są metody nieinwazyjne. Jedną z nich może stanowić ultrasonografia wysokich częstotliwości (HFUS, *high frequency ultrasound*), której znaczenie zbadano już w odniesieniu do wielu nowotworów skóry. Celem pracy jest ocena przydatności HFUS w AK i w monitorowaniu leczenia tej jednostki chorobowej za pomocą terapii fotodynamicznej (PDT, *photodynamic therapy*).

Materiał i metody: Do badania włączono 44 pacjentów z rozpoznaniem AK w wieku od 53 do 89 lat (mediana wieku 73 lata, 70% mężczyzn), u których zaplanowano leczenie PDT z użyciem kwasu 5-aminolewulinowego. U wszystkich pacjentów przed wykonaniem PDT dokonano oceny za pomocą skali Olsen i AKASI, a także w obrębie ognisk AK i skóry pozornie zdrowej wykonano USG skóry (20 MHz). Analizę kliniczno-ultrasonograficzną przeprowadzono po 4, 8 i 12 tygodniach od zabiegu.

Wyniki: Dokonano analizy w obrębie 108 zmian AKI, 53 AKII i 36 AKIII, a 133 markery zarejestrowano w 4. tygodniu, 72 w 8. tygodniu i 126 w 12. tygodniu. We wszystkich zmianach AK w badaniu HFUS obserwowano obecność hypoechoennego pasma echa wejścia (SLEB, *subepidermal low echogenic band*), którego grubość istotnie zmniejszyła się w kolejnych tygodniach w porównaniu z wynikami sprzed terapii, osiągając najniższe wartości po 12 tygodniach ($p < 0,01$). Średnia wartość wskaźnika AKASI była istotnie niższa po zakończeniu terapii ($p < 0,0001$). Grubość warstwy echa wejścia i skóry właściwej były znacznie niższe w 8. tygodniu leczenia w porównaniu z pozostałymi tygodniami, podczas gdy nie stwierdzono znaczącej różnicy między grubością przed i po leczeniu (odpowiednio $p = 0,8$ i $p = 0,29$). Średnia intensywność pikseli (LEP, MEP) znacząco wzrosła w każdej warstwie skóry po terapii ($p < 0,01$) w porównaniu ze skórą bez klinicznie znaczących zmian.

Wnioski: Uważamy, że HFUS może być cenną nieinwazyjną metodą monitorowania skuteczności leczenia po PDT, co w połączeniu z derma-

toskopią daje pełen obraz skóry po terapii i możliwość zaobserwowania zmian na różnej głębokości.

KAPILAROSKOPIA I ULTRASONOGRAFIA WYSOKICH CZĘSTOTLIWOŚCI (HF-USG 20 MHZ) W OCENIE ZMIAN PAZNOKCIOWYCH W ŁUSZCZICY

Barbara Olszewska, Adriana Polańska, Aleksandra Dańczak-Pazdrowska
Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Wstęp: Zajęcie paznokci występuje u 62% chorych na łuszczycę plackowatą i nawet u 80% obciążonych artropatią łuszczycową, przy czym u 1–5% pacjentów łuszczycowych mogą występować wyłącznie zmiany paznokciowe. Diagnostyka onychopatii łuszczycowej, zwłaszcza w postaci izolowanej, nastęrcza jednak trudności, ponieważ badania inwazyjne (takie jak biopsja narządu paznokciowego) wykonywane są w Polsce w nielicznych ośrodkach oraz niosą ze sobą ryzyko powikłań. W sukurs tej potrzebie diagnostycznej mogą przyjść przyżyciowe i relatywnie mało kosztochłonne metody obrazowania aparatu paznokciowego, takie jak ultrasonografia wysokich częstotliwości (HF-USG) i kapilaroskopia.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 61 chorych na łuszczycę, w tym 34 z klinicznie obecną onychopatią łuszczycową. Grupę kontrolną stanowiło 38 zdrowych osób bez deformacji płytek paznokciowych i ujemnym wywiadem rodzinnym w kierunku łuszczycy. Wszystkie grupy były jednorodne pod kątem płci i wieku, grupy badane również pod względem czasu trwania choroby oraz współwystępowania artropatii łuszczycowej. Do oceny zajęcia płytek zastosowano skalę NAPSI. U wszystkich osób biorących udział w badaniu wykonano badanie HF-USG dziesięciu paznokci palców rąk z użyciem sondy o częstotliwości 20 MHz oraz zmierzono grubość płytki, łożyska, macierzy i wału paznokciowego proksymalnego. Badanie kapilaroskopowe palców 2.–5. obu rąk wykonano u osób z zachowanym obrabkiem paznokciowym (44 chorych na łuszczycę oraz u wszystkich osób z grupy kontrolnej). Zmierzono liczbę pętli naczyń i naczyń poskręcanych na 1 mm wału paznokciowego oraz szerokość naczyń, ramion tętniczego i żylnego oraz szczytu pętli naczyniowej.

Wyniki: W badaniu HF-USG obserwowano zwiększenie grubości płytki u osób chorujących na łuszczycę w porównaniu ze zdrowymi, przy czym u chorych z onychopatią również łożysko paznokciowe było istotnie pogrubiałe w porównaniu z chorymi bez zajęcia paznokci i z osobami zdrowymi. Średnia grubość płytki i łożyska paznokcia korelowała dodatnio ze stopniem zajęcia paznokci wyrażonym w skali NAPSI. Grubość płytki powyżej 0,5 mm różnicowała osoby chore od zdrowych z czułością 57% i specyficznością 84%, natomiast grubość łożyska powyżej 2,1 mm pozwalała na odróżnienie tych samych grup z czułością 60% i specyficznością 74%. W badaniu kapilaroskopowym rąk u chorych na łuszczycę obserwowano zmniejszenie gęstości pętli naczyń i wzrost liczby naczyń poskręcanych. Liczba naczyń mniejsza niż 17 na 2 mm wału paznokciowego pozwalała na rozróżnienie pomiędzy osobami chorymi a zdrowymi z czułością 92% i specyficznością 84%, natomiast obecność powyżej 46% naczyń poskręcanych różnicowała te dwie grupy ze specyficznością 92% i czułością 86% u chorych z zajęciem paznokci i u 75% bez ich zajęcia. Nie stwierdzono korelacji pomiędzy parametrami ultrasonograficznymi a kapilaroskopowymi, obraz kapilaroskopowy nie korelował również z NAPSI.

Wnioski: Obraz HF-USG łuszczycy paznokci cechuje pogrubienie płytki oraz łożyska, a także obecność zmian strukturalnych, takich jak utrata struktury bilaminarnej, pofalowanie płytki oraz zatarcie granic blaszki brzuszej i obecność wtrętów w jej obrębie, przy czym ten ostatni objaw może występować również w paznokciach niezmiennych łuszczycowo. W kapilaroskopii chorych na łuszczycę zwraca uwagę zmniejszenie ilości pętli naczyń i wzrost liczby naczyń poskręcanych. Stwierdzone odrębności wykazują potencjalną użyteczność diagnostyczną kapilaroskopii i HF-USG we wspomaganianiu procesu diagnostycznego i monitorowaniu łuszczycy paznokci.

JAK RODZICE DBAJĄ O FOTOPROTEKCJĘ DZIECI? OCENA WIEDZY I PRAKTYKI W ZAKRESIE OCHRONY PRZECIWSŁONECZNEJ

Maria Qaheri¹, Aleksandra Kołcz², Anna Baran¹, Iwona Flisiak¹

¹Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

²Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

Wstęp: Wzrastająca liczba przypadków nowotworów skóry podkreśla szczególne znaczenie stosowania produktów SPF. Kluczowa jest wiedza rodziców na temat ich prawidłowego stosowania, która pozwoli na skuteczną ochronę skóry przed długofalowymi skutkami szkodliwego działania promieniowania słonecznego. Celem niniejszej pracy była ocena poziomu wiedzy i nawyków rodziców w zakresie ochrony przeciwsłonecznej, efektywnego stosowania produktów z filtrem SPF oraz innych metod fotoprotekcji, a także zapobiegania i wczesnego wykrywania nowotworów skóry, którym służy znajomość reguły ABCDE czy dermatoskopia.

Materiał i metody: W 2023 roku przeprowadzono anonimową internetową ankietę, zawierającą 65 pytań dotyczących stosowania SPF przez rodziców i dzieci, dodatkowych metod fotoprotekcji oraz profilaktyki nowotworów skóry. W badaniu wzięło udział 204 rodziców.

Wyniki: W analizowanej grupie 84% rodziców stosowało produkty SPF na własną skórę, z czego 36% aplikowało je codziennie, w tym w dni pochmurne. 86% respondentów stosowało SPF na skórę dzieci, jednak niemal 80% z nich używało go niewłaściwie. Tylko 37% rodziców aplikowało produkt SPF na skórę dziecka co najmniej pół godziny przed planowaną ekspozycją na słońce. Większość rodziców (60%) zużywało jedno opakowanie SPF w okresie dłuższym niż pół roku. Zaledwie 20% rodziców było zaznajomionych z zasadą ABCDE, a niecałe 10% zgłosiło, że ich dziecko regularnie korzysta z wizyt u dermatologa w celu oceny znamion barwnikowych. Ponadto 15% rodziców zgłosiło, że ich dziecko doświadczyło oparzeń słonecznych, a 32% nie było świadomych, że oparzenia słoneczne mogą zwiększać ryzyko nowotworów skóry.

Wnioski: Pomimo rosnącej liczby nowotworów skóry wiedza na temat fotoprotekcji wśród rodziców jest wciąż niewystarczająca. Wiele osób stosuje produkty SPF jedynie sezonowo lub nie przestrzega zalecanej regularnej aplikacji. Należy zwiększyć świadomość rodziców na temat prawidłowego stosowania SPF oraz edukować ich w zakresie regularnych badań dermatologicznych, aby skuteczniej zapobiegać uszkodzeniom skóry i nowotworom.

PRZYDATNOŚĆ LINIOWEJ KONFOKALNEJ OPTYCZNEJ TOMOGRAFII KOHERENTNEJ W MONITOROWANIU ZMIAN NASKÓRKA U CHOROBY NA ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY W ODPOWIEDZI NA LECZENIE

Zuzanna Dryżałowska-Kościan, Leszek Blicharz, Agnieszka Michalczyk, Jan Kościan, Małgorzata Maj, Joanna Czuwara, Lidia Rudnicka
Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest najczęstszą przewlekłą zapalną chorobą skóry. Ze względu na wysoką częstość występowania i przewlekłość istnieje potrzeba dokładnej oceny *in vivo* skuteczności leczenia. Liniowa konfokalna optyczna tomografia koherentna (LC-OCT) to nowa, rozwijająca się technika obrazowania, która umożliwia nieinwazyjne badanie naskórka i skóry właściwej. LC-OCT jest obiecującym narzędziem w diagnostyce i monitorowaniu leczenia przewlekłych chorób skóry związanych z defektem bariery skórnej. Naszym celem było zbadanie roli LC-OCT w nieinwazyjnym monitorowaniu efektów leczenia u pięciu pacjentów z ciężkim atopowym zapaleniem skóry podczas leczenia dupilumabem.

Materiał i metody: Obrazowanie LC-OCT przeprowadzono u 5 pacjentów (3 kobiety i 2 mężczyzn) w wieku od 14 do 85 lat, na początku oraz po 2, 4 i 6 tygodniach leczenia dupilumabem. Skanowanie LC-OCT wykonano w dwóch miejscach: na skórze zmienionej chorobowo w dole łokciowym oraz na skórze ramienia jako miejscu kontrolnym u każdego pacjenta. Zarejestrowane obrazy były później oceniane. Do porównania analizowanych parametrów zastosowano statystykę opisową oraz test t-studenta.

Wyniki: W obrazowaniu LC-OCT byliśmy w stanie z dużą dokładnością wykryć różnice w grubości warstwy rogowej naskórka (SC) i grubości naskórka (ET) przed i po leczeniu. Główne zaobserwowane zmiany obejmowały znaczną redukcję grubości naskórka i warstwy rogowej, zmniejszenie obrzęku naskórka oraz stanu zapalnego, a także poprawę jakości warstwy rogowej, co wskazuje na przywrócenie jej szczelności zarówno w miejscach zmienionych chorobowo, jak i kontrolnych.

Wnioski: Badanie pokazuje, że kliniczna poprawa zarówno skóry zmienionej chorobowo, jak i pozornie zdrowej pod wpływem leczenia dupilumabem, koreluje z wynikami uzyskanymi za pomocą LC-OCT. LC-OCT stanowi nowe, nieinwazyjne narzędzie do badania bariery skórnej i stanu zapalnego *in vivo* i może pomóc w monitorowaniu skuteczności leczenia u pacjentów z atopowym zapaleniem skóry w codziennej praktyce.

„JEDNO OSTRZE, DWIE ZMIANY?” — ZMIENNOŚĆ PRAKTYK CHIRURGICZNYCH PRZY JEDNOCZESNYM WYCINANIU WIELU ZMIAN SKÓRNYCH U TEGO SAMEGO PACJENTA

Aleksandra Stefaniak¹, Paweł Pietkiewicz², Piotr Giedziun³, Jacek Calik⁴, Michał Lewandowicz⁵, Ewelina Mazur⁶, Carmen Cantisani⁷, Jacek Szepietowski¹

¹Uniwersyteckie Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej we Wrocławiu

²Polska Grupa Dermatoskopowa, Poznań

³Wydział Informatyki i Telekomunikacji, Politechnika Wrocławska

⁴Oddział Onkologii Klinicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

⁵Oddział Chirurgii Onkologicznej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

⁶Zakład i Klinika Dermatologii, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

⁷Dermatology Unit, Department of Clinical Internal Anesthesiologic Cardiovascular Sciences, "Sapienza Medical School" University of Rome, Rome, Italy

Wstęp: Globalny wzrost zachorowań na raka skóry wymaga skutecznych działań profilaktycznych oraz strategii leczenia opartych na dowodach. Aktualne wytyczne zalecają chirurgiczne wycięcie jako leczenie pierwszego rzutu w przypadku większości wczesnych postaci raka skóry. Niniejsze badanie miało na celu zbadanie praktyk związanych z wymianą ostrza skalpela podczas wycinania wielu zmian skórnych u tego samego pacjenta w czasie jednej wizyty oraz przeanalizowanie, jak przekonania dotyczące jatrogennego rozsiewu wpływają na normy praktyk indywidualnych.

Materiał i metody: Przeprowadzono wielodyscyplinarne badanie ankietowe wśród 173 specjalistów medycznych zajmujących się leczeniem raka skóry. Uczestnicy podali informacje demograficzne, lata doświadczenia oraz praktyki dotyczące zmiany ostrza w czterech scenariuszach klinicznych (pierwszy wycinany guz: rak podstawnomórkowy, rak kolczystokomórkowy, podejrzenie czerniaka i widoczny czerniak). Zmienność praktyk w zależności od specjalności, doświadczenia oraz przekonania dotyczących ryzyka rozsiewu była oceniana statystycznie.

Wyniki: Chirurgi wykazywali istotnie wyższą skłonność do wymiany ostrzy w porównaniu do niechirurgów we wszystkich diagnozach. Jatrogenne rozsiewanie (56,52%) i szkolenie kliniczne (18,84%) były głównymi powodami wymieniania ostrza skalpela. Przekonania dotyczące ryzyka rozsiewu nie różniły się istotnie między specjalnościami.

Wnioski: Chociaż praktyka zmiany ostrza nie ma silnego uzasadnienia naukowego, podejście do tej procedury znacznie różni się między różnymi specjalnościami medycznymi. Profesjonaliści opieki zdrowotnej powinni krytycznie oceniać i standaryzować praktyki oparte na dowodach, aby zapewnić optymalną opiekę pacjentom i zminimalizować potencjalne ryzyko.

SESJA PRAC KLINICZNYCH V

ULTRASONOGRAFIA WYSOKICH CZĘSTOTLIWOŚCI W MONITOROWANIU ODPOWIEDZI NA LECZENIE CHLORMETYNĄ W ZIARNINIAKU GRZYBIASTYM

Tomasz Stein¹, Aleksandra Dańczak-Pazdrowska², Monika Bowszyc-Dmochowska², Adriana Polańska¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

²Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Wstęp: Miejscowa chlormetyna, znana również jako mechlormetamina, jest skutecznym środkiem chemioterapeutycznym skierowanym na skórę w leczeniu najczęstszego skórniego chłoniaka T-komórkowego, to

jest ziarniniaka grzybiastego (MF, *Mycosis fungoides*). Środek ten w postaci żelu zatwierdzony jest przez międzynarodowe towarzystwa jako terapia pierwszego rzutu u dorosłych pacjentów z MF. W badaniu ultrasonograficznym o wysokiej częstotliwości (HF-USG, 20 Mhz) w zmianach rumieniowych i naciekowych można zaobserwować podnaskórkowe pasmo niskoekogeniczne (SLEB, *subepidermal low-echogenic band*) poniżej echa wejściowego, które odpowiada podnaskórkowemu naciekowi atypowych limfocytów T, co jest histopatologicznym wskaźnikiem stadium naciekowego *Mycosis fungoides*. Celem pracy jest przedstawienie możliwości nieinwazyjnego monitorowania wczesnego stadium MF podczas leczenia żelem chlormetynowym.

Materiał i metody: Przebieg choroby i odpowiedź na leczenie miejscowo stosowaną chlormetyną u pacjentów z MF (stoper IA–IIA) monitorowano co miesiąc przez okres 5 miesięcy za pomocą skali mSWAT (*modified Severity Weighted Assessment Tool*) i HF-USG. Ocenianym parametrem HF-USG była średnica SLEB (mm) mierzona w obrębie skóry objętej zmianami. We wszystkich przypadkach rozpoznanie MF zostało potwierdzone histopatologicznie i immunohistochemicznie.

Wyniki: W badaniu HF-USG w zmianach skórnych MF można było zaobserwować SLEB, którego grubość, tak jak i odpowiedź na terapię miejscową była różna u różnych pacjentów. Zmniejszenie grubości SLEB było związane z poprawą kliniczną.

Wnioski: Ultrasonografia skóry może być cenną metodą monitorowania MF, nie jest jednak narzędziem diagnostycznym. Dodatkowo nie pozwala na rozróżnienie kontaktowego zapalenia skóry, które może towarzyszyć leczeniu chlormetyną. Brak SLEB w uprzednio zmienionej skórze MF może służyć jako marker całkowitej odpowiedzi.

SKUTECZNOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO BIMEKIZUMABU W LECZENIU ŁUSZCZYCY PŁACKOWATEJ O NASILENIU UMIARKOWANYM LUB CIĘŻKIM W POPULACJI POLSKIEJ — ZESTAWIENIE EFEKTÓW TERAPII Z SEKUKINUMABEM I IKSEKIZUMABEM

Wiktor Kruczek¹, Karina Polak², Kornelia Pietrauska², Bartosz Miziołek², Beata Bergler-Czop¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

²Klinika Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wstęp: Bimekizumab to humanizowane przeciwciało monoklonalne klasy IgG1, które selektywnie hamuje interleukinę-17A i interleukinę-17F. Stosowane jest w leczeniu łuszczycy płackowatej o nasileniu od umiarkowanego do ciężkiego. Za cel badania powzięto przedstawienie rzeczywistych danych dotyczących bezpieczeństwa i skuteczności bimekizumabu w leczeniu łuszczycy płackowatej w populacji polskiej. Skuteczność bimekizumabu o złożonym mechanizmie działania zestawiono z sekukinumabem — przeciwciałem monoklonalnym klasy IgG1 oraz iksekizumabem — przeciwciałem monoklonalnym klasy IgG4 zwróconym przeciwko IL-17A.

Materiał i metody: Dane dotyczące 51 dorosłych pacjentów leczonych bimekizumabem z powodu łuszczycy płackowatej zostały zgromadzone w okresie od lipca 2023 roku do sierpnia 2024 roku. Wszyscy pacjenci przed otrzymaniem bimekizumabu otrzymali co najmniej dwie terapie ogólnoustrojowe (metotreksat, cyklosporynę A, acytretynę przez co najmniej 3 miesiące lub terapię PUVA) bez odpowiedniej odpowiedzi lub doświadczyli działań niepożądanych. Skuteczność leczenia oceniano za pomocą *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI), *Body Surface Area* (BSA) i *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) przed każdym podaniem leku. Te same kryteria kwalifikacji przyjęto wobec pacjentów stosujących sekukinumab i iksekizumab.

Wyniki: Do analizy włączono pacjentów w wieku 19–73 lat (mediana: 44 lata). Wykluczeni zostali pacjenci stosujący przed włączeniem bimekizumabu terapię innymi inhibitorami IL-17. U 9 pacjentów współistniało łuszczycowe zapalenie stawów, a średni czas trwania łuszczycy wynosił 19,62 lat. Średni wyjściowy wynik PASI wynosił 15,4, BSA — 28,59%, a DLQI — 18,73 punktu. Po pierwszym podaniu bimekizumabu wskaźnik PASI-75 osiągnęło 88,89% pacjentów. Objawy łuszczycowego zapalenia stawów uległy poprawie u wszystkich pacjentów. Zaobserwowano dwie infekcje dróg oddechowych uznane za działanie niepożądane leku. Zestawienie danych z wynikami sekukinumabu i iksekizumabu jest w toku.

Wnioski: Rzeczywiste dowody wykazały dobrą tolerancję i szybką odpowiedź kliniczną bimekizumabu w leczeniu łuszczycy płackowatej o nasileniu od umiarkowanego do ciężkiego. Wstępne wyniki sugerują, że biologiczna terapia systemowa bimekizumabem może zapewnić remisję i znacząco poprawić jakość życia. Konieczne są jednak dalsze badania na większych grupach pacjentów i dłuższa obserwacja.

ZAJĘCIE SKÓRY GŁOWY W CHŁONIAKACH PIERWOTNYCH SKÓRY — AKTUALIZACJA OBRAZU KLINICZNEGO, DIAGNOSTYKI I LECZENIA

Karol Kołkowski, Martyna Sławińska, Roman Nowicki, Małgorzata Sokolowska-Wojdyło

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Chłoniaki pierwotnie wywodzące się ze skóry (PCL, *primary cutaneous lymphomas*) to heterogenna grupa rzadkich schorzeń, która w większości charakteryzuje się pomyślnym rokowaniem co do długości przeżycia. Wcześniej niewiele badań skupiło się na aspekcie zajęcia okolicy skalpu przez PCL. Naszym celem było przeanalizowanie obrazu klinicznego, ścieżek diagnostycznych oraz metod leczenia u pacjentów z rozpoznaniem PCL okolicy skalpu.

Materiał i metody: Od inceptji do 2 maja 2024 roku przeanalizowano piśmiennictwo z bazy danych PubMed przy użyciu zapytań „scalp” AND „cutaneous lymphoma”, „folliculotropic mycosis fungoides” AND „scalp”, „trichoscopy” AND „lymphoma”, „dermoscopy” AND „scalp” AND „lymphoma”. Na podstawie analizy tytułu i streszczenia uwzględniono artykuły dotyczące PCL obejmujących skórę głowy. Po przeczytaniu pełnych manuskryptów niektóre zostały wykluczone (nieistotne, brak danych klinicznych, wiek, płeć i diagnoza pacjenta, niedostarczające informacji dotyczących PCL okolicy skóry głowy). Uwzględniono też artykuły z referencji, w których zidentyfikowano informacje na temat PCL skóry głowy.

Wyniki: Przegląd piśmiennictwa umożliwił zidentyfikowanie 1482 pacjentów, u których w przebiegu PCL odnotowano zajęcie skóry głowy. U 1096 z nich zdiagnozowano PCL B-komórkowego, u 384 PCL T-komórkowego, a w 2 przypadkach nie ustalono dokładnego rozpoznania PCL. Pierwotnie skórny chłoniak ośrodków rozmnażania był najczęściej zgłaszanym PCL B-komórkowym lokalizującym się na owłosionej skórze głowy, podczas gdy ziarniniak grzybiasty był najczęstszym PCL T-komórkowym. U 69,0% analizowanych pacjentów wystąpiło łysienie, a najczęstszą jego formą było łysienie ogniskowe niebliznowaciejące. Szczegółowe dane zostaną przedstawione w prezentacji.

Wnioski: Należy zwracać uwagę na skórę skalpu u pacjentów z PCL, szczególnie w obliczu wiedzy, że część chłoniaków zajmujących skórę głowy wykazuje wyższy stopień agresywności.

ZASTOSOWANIE REFLEKSYJNEJ MIKROSKOPII KONFOKALNEJ ORAZ WIDEODERMATOSKOPII W MONITOROWANIU SKUTECZNOŚCI TERAPII FOTODYNAMICZNEJ W GRUPIE PACJENTÓW Z ROZSIANĄ POWIERZCHOWNĄ POROKERATOZĄ POSŁONECZNĄ

Dominika Kwiatkowska, Ewelina Mazur, Karolina Kijowska, Adam Reich

Zakład i Klinika Dermatologii, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

Wstęp: Porokeratozy należą do grupy rzadkich genodermatoz, które niejednokrotnie stanowią wyzwanie terapeutyczne. Rozsiana powierzchniowa porokeratoza posłoneczna (DSAP, *disseminated superficial actinic porokeratosis*) jest najczęstszym podtypem porokeratoz i głównie lokalizuje się na obszarach ciała ekspozowanych na promieniowanie słoneczne. W literaturze istnieją pewne doniesienia o skuteczności terapii fotodynamicznej (PDT, *photodynamic therapy*) w tym wskazaniu. Niemniej jednak wciąż brakuje jednolitych zaleceń dotyczących protokołu zabiegu PDT. Niniejsze badanie miało na celu ocenę przydatności refleksyjnej mikroskopii konfokalnej (RCM, *reflectance confocal microscopy*) i wideodermatoskopii w ocenie efektów prowadzonej terapii fotodynamicznej.

Materiał i metody: Analizie poddano grupę ośmiu pacjentów (7 kobiet, 1 mężczyzna; średnia wieku — 56,5 lat; średni czas trwania choroby — 27,5 roku) z DSAP. Nasilenie choroby zostało ocenione za pomocą skali BSA (*Body Surface Area*). U wszystkich chorych została wykonana ocena wideodermatoskopem VISIOMED D200EVO z dokumentacją fotograficzną oraz za pomocą mikroskopu konfokalnego VivaScope 1500. W badaniu wideodermatoskopowym oceniano obecność następujących cech: hiperpigmentacyjna/hipopigmentacyjna obwódka o podwójnym brzegu, homogeny obszar bezstrukturalny w części centralnej, polimorficzne naczynia, obwodowe złuszczenie. W mikroskopii konfokalnej analizowano: keratynowy brzeg „corneoid lamella”, zaburzenia architektониki naskórka (parakeratoza, utrata warstwy ziarnistej). Każdorazowo podczas zabiegu PDT pacjentom aplikowano zewnętrznie krem z kwasem 5-aminolewulinowym pod opatrunkiem okluzyjnym na 3 godziny. Następnym leczone obszary poddawano naświetlaniu światłem czerwonym o długości fali 630 nm (całkowita dawka 37 J/cm²).

Wyniki: Całkowity wskaźnik skuteczności (% poprawy BSA) w 12. i 24. tygodniu leczenia wyniosły odpowiednio 80% i 85%. Nie zaobserwowano nawrotów do 6 miesięcy po leczeniu. Po serii 4 zabiegów w odstępach 4-tygodniowych stwierdzono brak keratynowego brzegu, zmniejszenie parakeratozy i atypii keratynocytów.

Wnioski: Zastosowanie refleksyjnej mikroskopii konfokalnej i wideodermatoskopii w monitorowaniu efektów leczenia pozwoliło na opracowanie optymalnego protokołu zabiegowego PDT u pacjentów z rozsiałą powierzchniową porokeratozą postłoneczną.

FARMAKOLOGICZNE LECZENIE TRICHOTILLOMANII: CZY LEPSZA EDUKACJA MEDYCZNA JEST KLUCZEM DO SKUTECZNIEJSZEJ TERAPII?

Piotr Krajewski¹, Jacek Szepietowski^{1,2}

¹Uniwersyteckie Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

²Wydział Medyczny — Politechnika Wroclawska

Wstęp: Trichotillomania, znana również jako zaburzenie polegające na wyrwaniu włosów, jest przewlekłym zaburzeniem psychiatrycznym o zmiennym przebiegu, w którym osoba dotknięta tym schorzeniem wyrwa sobie włosy, co prowadzi do widocznej utraty włosów i konsekwencji psychospołecznych. Z uwagi na nieznaną patogenezę, leczenie tego zaburzenia jest skomplikowane i stanowi wyzwanie zarówno dla dermatologów, jak i psychiatrów. Brak wytycznych dotyczących leczenia trichotillomanii, a co za tym idzie brak wspólnej strategii terapeutycznej, skłonił nas do przeprowadzenia dużego, globalnego, retrospektywnego badania kohortowego w celu oceny i scharakteryzowania rzeczywistych schematów przepisywania leków w leczeniu trichotillomanii.

Materiał i metody: Badanie wykorzystало bazę danych TrinetX, obejmującą pacjentów z trichotillomanią (ICD 10 — F63.3) w ramach Europejskiej i Amerykańskiej Sieci Współpracy (odpowiednio EC i UC). Po konsultacji z ekspertem w dziedzinie psychodermatologii wybrano listę 25 leków i włączono ją do analizy.

Wyniki: Zebrano dane dotyczące przepisywanych leków dla 1275 pacjentów z EC i 109 741 pacjentów z UC. W obu kohortach, EC i UC, pochodne benzodiazepiny, szczególnie lorazepam i midazolam, były najczęściej przepisywanymi lekami sedatywno-nasennymi. Przepisywanie leków przeciwpsychotycznych, głównie haloperidolu, następowało po benzodiazepinach. Po diagnozie trichotillomanii zaobserwowano istotne zmiany w przepisywaniu leków w EC, w tym zwiększone prawdopodobieństwo stosowania acetylocysteiny, haloperidolu, kwetiapiny, sertraliny, olanzapiny i rysperydonu. W UC zmiany były minimalne. Ogólnie rzecz biorąc, obie kohorty skłaniały się ku przepisaniu benzodiazepin (37% UC, 21% EC) oraz ograniczonemu stosowaniu leków przeciwdepresyjnych. Haloperidol (19,3%) i kwetiapina (15,1%) były powszechnie przepisywane w obu kohortach.

Wnioski: Wyniki naszego badania wskazują, że rzeczywiste wzorce przepisywania leków w trichotillomanii różnią się znacząco od proponowanego przez ekspertów podejścia terapeutycznego i podkreślają konieczność stworzenia standardów farmakologicznej opieki oraz lepszego kształcenia w tym zakresie.

EOZYNOFILIA KRWI OBWODOWEJ PODCZAS LECZENIA ATOPOWEGO ZAPALENIA SKÓRY (AZS) DUPILUMABEM

Michał Niedźwiedz^{1,2}, Klaudia Kubikowska¹, Katarzyna Wróbel¹, Aleksandra Siekierko¹, Katarzyna Poznańska-Kurowska¹, Małgorzata Skibińska¹

¹Oddział Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi

²Międzynarodowa Szkoła Doktorska Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Dupilumab to ludzkie przeciwciało monoklonalne hamujące przekazywanie sygnałów za pośrednictwem IL-4 i IL-13. Lek ten wykazuje dużą skuteczność w terapii astmy oskrzelowej i atopowego zapalenia skóry (AZS). Dupilumab może powodować przejściowy wzrost liczby eozynofili (Eo) krwi obwodowej wskutek blokowania ich migracji do tkanek. Zjawisko to obserwowano głównie u chorych leczonych dupilumabem z powodu ciężkiej astmy oskrzelowej. Jest ono również obserwowane podczas leczenia AZS. Wzrost liczby eozynofili krwi obwodowej może być składową patomechanizmu eozynofilowych zapaleń narządowych oraz układowych zapaleń naczyń.

Materiał i metody: Retrospektywnej analizie poddano dane 39 pacjentów w wieku od 6 do 66 lat, leczonych dupilumabem w ramach programu lekowego B.124 od marca 2023 roku. Liczbę eozynofili oceniano na początku terapii oraz w 4., 8., 12., 16., 20., 24. i 28. tygodniu leczenia. Eozynofilię zdefiniowano jako liczbę eozynofili ≥ 500 komórek/ μ L, a ciężką eozynofilię jako Eo > 5000 komórek/ μ L.

Wyniki: Do badania włączono 39 pacjentów z ciężką postacią AZS leczonych dupilumabem. Średnia wieku pacjentów wynosiła 23,6 roku ($\pm 14,7$), z przewagą osób dorosłych ($n = 20$). Wyjściowa średnia wartość całkowitej liczby eozynofili wynosiła 600 komórek/ μ L (± 520), a na koniec okresu obserwacyjnego 800 komórek/ μ L (± 830). W trakcie leczenia najwyższa średnia liczba eozynofili występowała w ósmym tygodniu terapii 1000 komórek/ μ L (± 1370). Przed włączeniem leczenia eozynofilia była obecna u 46,15% pacjentów, zaś po włączeniu terapii w kolejnych punktach kontrolnych u 50,00%; 48,39%; 56,25%; 43,75%; 50,00%; 47,06% i 37,50%, wykazując tendencję spadkową. W trakcie całego okresu obserwacyjnego ciężka eozynofilia (6300 komórek/ μ L) wystąpiła przejściowo u jednego pacjenta bez objawów ogólnych tylko w jednym punkcie kontrolnym.

Wnioski: Podczas leczenia ciężkiego AZS dupilumabem obserwuje się, podobnie jak u leczonych z powodu astmy, wzrost liczby eozynofili krwi obwodowej. Ze względu na potencjalne następstwa, zjawisko to powinno być tematem dalszych badań w dłuższej perspektywie czasowej.

OCENA SKUTECZNOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA NAŚWIETLANIA CAŁEGO CIAŁA ŚWIATŁEM NIEBIESKIM (453 NM) W LECZENIU ŁUSZCZYCY

Magdalena Sadowska¹, Joanna Narbutt¹, Daniel Nolberczak¹, David Aubert², Aleksandra Lesiak^{1,3}

¹Klinika i Oddział Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Phlecs, High Tech Campus 12, Eindhoven, Netherlands

³Pracownia Dermatologii Autozapalnych, Genetycznych i Rzadkich Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Fototerapia światłem niebieskim, pozbawionym spektrum promieniowania UV, jest obiecującą opcją terapeutyczną w leczeniu łuszczycy, ze względu na rosnącą liczbę doniesień o jej skuteczności i wysokim profilu bezpieczeństwa. Celem tego badania była ocena skuteczności i bezpieczeństwa stosowania światła niebieskiego u dorosłych i dzieci z łuszczycą zwyczajną.

Materiał i metody: Do badania zakwalifikowano 21 pacjentów (w wieku od 9 do 66 lat) z łuszczycą o nasileniu łagodnym do umiarkowanego. Leczenie polegało na 10 sesjach naświetlania całego ciała światłem niebieskim (453 nm) za pomocą urządzenia Full Body Blue. U każdego pacjenta przeprowadzono szczegółowy wywiad medyczny, oceniono fototyp skóry według Fitzpatricka i wskaźniki nasilenia choroby: PASI, PGA, DLQI oraz nasilenie światła (za pomocą skali VAS i 10-punktowego formularza oceny nasilenia światła). Pacjenci uczestniczyli w 10 sesjach naświetlania, odbywających się 3–5 razy w tygodniu. Po zakończeniu terapii oceniono skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, stosując te same parametry, co na początku badania.

Wyniki: Po 10 sesjach naświetlania światłem niebieskim zaobserwowano statystycznie istotną redukcję wskaźnika PASI (12,0 vs. 7,6; $p = 0,0009$), znaczącą poprawę jakości życia mierzoną wskaźnikiem DLQI (16,0 vs. 7,0; $p = 0,0004$), a także zmniejszenie nasilenia świądu ocenianego w skali VAS (4,0 vs. 2,0; $p = 0,0143$) oraz 10-punktowym formularzu oceny nasilenia świądu (11,0 vs. 5,5; $p = 0,0037$). Wartości PGA nie wykazały statystycznie istotnych zmian. W trakcie leczenia nie zaobserwowano poważnych działań niepożądanych.

Wnioski: Światło niebieskie może stanowić obiecującą i bezpieczną metodę leczenia łuszczycy zwyczajnej, przyczyniając się do zmniejszenia nasilenia świądu. Może być stosowane jako samodzielna terapia, a w przyszłości również w połączeniu z innymi metodami leczenia jako terapia uzupełniająca. Niezbędne są dalsze badania w celu ustalenia optymalnego protokołu leczenia oraz potwierdzenia długoterminowego bezpieczeństwa i skuteczności na większej grupie pacjentów.

SESJA PRAC KLINICZNYCH VI

PATOGENETYCZNE I KLINICZNE ASPEKTY ŚWIAĐU U BIORCÓW PRZESZCZEPÓW NEREK

Piotr Krajewski¹, Jacek Szepletowski^{1,2}

¹Uniwersyteckie Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

²Wydział Medyczny — Politechnika Wroclawska

Wstęp: Świąd przewlekły (CP) jest częstym i uciążliwym objawem u biorców przeszczepów nerek (RTR), dotykającym do 21,3% pacjentów. Jego patogeneta nie jest w pełni poznana, a jej złożoność sugeruje udział wielu mechanizmów biologicznych. Celem badania było zbadanie patogenetycznych i klinicznych aspektów świądu u RTR, ze szczególnym uwzględnieniem roli układu opioidowego, cytokin i neurotrofin oraz ocena wpływu świądu na stan psychiczny pacjentów.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono na grupie 129 RTR oraz 47 zdrowych osób z grupy kontrolnej. Pacjentów podzielono na dwie grupy w zależności od obecności świądu. Nasilenie świądu oceniano przy użyciu Skali Numerycznej Świądu (NRS, *Numeric Rating Scale*), 4-Item Itch Questionnaire (4IIQ) oraz Itchy Quality of Life (Itchy QoL). Stan psychiczny oceniano za pomocą kwestionariuszy GAD-7, BDI oraz HADS. Stężenia β -endorfiny, dynorfiny A, met-enkefalin, leu-enkefalin, IL-31, NT-4 oraz BDNF w surowicy mierzono metodą ELISA.

Wyniki: Pacjenci z grupy *pruritic*-RTR mieli znacząco niższe stężenie β -endorfiny w porównaniu do *non-pruritic*-RTR ($p = 0,008$). Stężenia IL-31 były istotnie wyższe w grupie *pruritic*-RTR ($602,44 \pm 534,5$ pg/ml) niż w *non-pruritic*-RTR ($161,49 \pm 106,61$ pg/ml, $p < 0,001$) i grupie kontrolnej ($110,33 \pm 51,81$ pg/ml, $p < 0,001$). Pacjenci *pruritic*-RTR mieli również wyższe stężenia NT-4 ($229,17 \pm 143,86$ pg/ml) w porównaniu z *non-pruritic*-RTR ($153,08 \pm 78,19$ pg/ml, $p = 0,024$) oraz zdrowych osób ($p < 0,001$). Stwierdzono pozytywną korelację pomiędzy stężeniem NT-4 a nasileniem świądu ($p = 0,008$, $r = 0,357$). Różnice w stężeniach dynorfiny A, met-enkefalin, leu-enkefalin oraz BDNF były statystycznie nieistotne. Pacjenci *pruritic*-RTR mieli wyższe wyniki w skalach GAD-7, BDI i HADS ($p < 0,001$).

Wnioski: Badanie wykazało zaburzenia w układzie opioidowym oraz podwyższone stężenia IL-31 i NT-4 u RTR cierpiących na świąd. Wyniki podkreślają potrzebę holistycznego podejścia do leczenia, uwzględniającego aspekty psychosocjalne.

ZASTOSOWANIE TRICHOSKOPII FLUORESCENCYJNEJ WZMOCNIONEJ PROMIENIOWANIEM ULTRAFIOLETOWYM (UVFT) W CHOROBY WŁOSÓW I SKÓRY GŁOWY

Kinga Kolcz, Magdalena Zychowska, Adam Reich

Zakład i Klinika Dermatologii, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

Wstęp: Dermoskopia fluorescencyjna indukowana promieniowaniem ultrafioletowym (UV) jest coraz częściej wykorzystywana w dermatologii, dermatozach zapalnych i trichoskopii. Celem badania było scharakteryzowanie i usystematyzowanie terminologii stosowanej do opisu cech trichoskopii UV obserwowanych w łysieniu bliznowaciejącym, niebliznowaciejącym i chorobach zapalnych skóry głowy.

Materiał i metody: Do badania włączono łącznie 201 pacjentów — z łysieniem plackowatym AA ($n = 40$), łysieniem androgenowym AGA ($n = 40$), toczniem rumieniowatym krążkowym DLE ($n = 23$), wysysiającym zapaleniem mieszków włosowych FD ($n = 14$), łysieniem czołowym bliznowaciejącym FFA ($n = 20$), liszajem płaskim LPP ($n = 20$), łuszczycą ($n = 30$) i łojotokowym zapaleniem skóry SD ($n = 14$). Pacjenci zostali zakwalifikowani do jednej z trzech grup w oparciu o obraz kliniczny — łysienie niebliznowaciejące, łysienie bliznowaciejące lub choroby zapalne skóry głowy. Badanie przeprowadzono przy użyciu dermoskopii fluorescencyjnej indukowanej promieniowaniem UV (DermLite DL5).

Wyniki: Grupa łysień niebliznowaciejących charakteryzowała się regularnymi ciemnymi obszarami mieszkowymi (28/80), regularną różowo-czerwoną fluorescencją mieszkową (23/80), nieregularną różowo-czerwoną fluorescencją mieszkową (39/80), regularnymi biało-zielonymi czopami (19/80) i nieregularnymi biało-zielonymi czopami (46/80). Ponadto tylko w tej grupie zaobserwowano obecność krótkich białych włosów (19/80), czarnych kropek (16/80), włosów wykrzyknikowych (17/80), podwójnych białych kropek (16/80). W łysieniu bliznowaciejącym obserwowano głównie okołomieszkową jasną biało-niebieską fluorescencję (złuszczenie) (46/77), ciemne obszary okołomieszkowe (66/77) i nieregularne zlewające się ciemne obszary (67/77). Natomiast choroby zapalne skóry głowy charakteryzowały się obecnością jasnej biało-niebieskiej fluorescencji międzymieszkowej (złuszczenie) (39/44), różowej fluorescencji łuski (14/44). Różowe struktury były widoczne prawie wyłącznie u chorych z łuszczycą.

Wnioski: UVFT dostarcza wielu cennych cech wykazujących wysoką użyteczność diagnostyczną — różowe lub zielone, fluorescencyjne czopy mieszkowe i regularne ciemne obszary mieszkowe są wskaźnikami łysienia niebliznowaciejącego. Z drugiej strony, różowa fluorescencja w obrębie łuski lub skalpu może pomóc w odróżnieniu łuszczycy od łojotokowego zapalenia skóry głowy.

JAKOŚĆ ŻYCIA ZWIĄZANA ZE ZDROWIEM JAMY USTNEJ U PACJENTÓW Z HIDRADENITIS SUPPURATIVA CHORUJĄCYCH NA ZAPALENIE PRZYŻĘBIA

Beata Jastrzab-Miśkiewicz¹, Barbara Paśnik-Chwalik², Piotr Krajewski¹, Łukasz Matusiak¹, Tomasz Konopka², Jacek Szepletowski¹

¹Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

²Katedra i Zakład Periodontologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wstęp: *Hidradenitis suppurativa* (HS) to przewlekła choroba zapalna ze skłonnością do tworzenia przetok i bliznowacenia najczęściej w obrębie pach, pachwin i okolicy anogenitalnej. Ostatnie badania sugerują zwiększoną częstość występowania zapalenia przyzębia u pacjentów z HS. Niniejsze badanie miało na celu ocenę jakości życia związanej ze zdrowiem jamy ustnej (OHRQoL) u pacjentów z HS, u których dodatkowo zdiagnozowano zapalenie przyzębia, a także porównanie OHRQoL pacjentów z HS i zapaleniem przyzębia z OHRQoL pacjentów chorujących wyłącznie na zapalenie przyzębia.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 55 pacjentów z HS, z czego 25 pacjentów zakwalifikowano do grupy HS + P (pacjenci zarówno z HS, jak i zapaleniem przyzębia). Odpowiadająca liczba pacjentów wyłącznie z zapaleniem przyzębia (grupa P) stanowiła grupę kontrolną. OHRQoL oceniano za pomocą kwestionariusza *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14).

Wyniki: Nie zaobserwowano istotnej różnicy w średnim całkowitym wyniku OHIP-14 pomiędzy grupą HS + P a grupą P. Pacjenci z HS + P rzadziej poddawani byli badaniu stomatologicznemu i rzadziej nitkowali zęby w porównaniu z grupą P.

Wnioski: Wyniki wskazują, że współistnienie HS u pacjentów z zapaleniem przyzębia nie wpływa znacząco na OHRQoL. Niższa częstotliwość oceny stomatologicznej i rzadsze nitkowanie zębów u pacjentów z HS + P sugerują mniejszą uwagę poświęcaną praktykom higieny jamy ustnej.

ULTRADŹWIĘKI O WYSOKIEJ CZĘSTOTLIWOŚCI (HIFU) W LECZENIU RAKÓW PODSTAWNOKOMÓRKOWYCH SKÓRY: SKUTECZNOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO

Bartosz Woźniak, Jacek Calik, Natalia Sauer

Old Town Clinic, Wrocław

Wstęp: Rak podstawnokomórkowy skóry (BCC, *basal cell carcinoma*) to najczęstszy nowotwór złośliwy wśród ludzi rasy kaukaskiej, a częstotliwość jego występowania ciągle rośnie. Tradycyjne chirurgiczne wycięcie zmiany chociaż bardzo skuteczne, często powoduje defekty kosmetyczne

nieakceptowalne przez pacjentów lub ograniczenie funkcji, zwłaszcza jeżeli zmiany zlokalizowane są w okolicy twarzy lub stawów. Ze względu na częstotliwość i charakter zmian istnieje ciągła potrzeba poszukiwania nowych, małoinwazyjnych metod leczenia tych nowotworów.

Materiał i metody: W naszym badaniu wzięło udział 10 pacjentów z 19 potwierdzonymi histopatologicznie zmianami o charakterze BCC. Zmiany zostały poddane leczeniu urządzeniem emitującym ultradźwięki o wysokiej częstotliwości (HIFU). Parametry urządzenia dobieraliśmy indywidualnie do każdej zmiany — używane były głowice o głębokości od 0,8 mm do 2,3 mm, a energia od 0,7 do 1,3 J w zależności od głębokości naciekania zmiany, która była oceniana poprzez badanie ultrasonograficzne przed zabiegiem HIFU. Ważnym elementem naszej pracy była również ocena dermatoskopowa zmian przed zabiegiem oraz w trakcie ich gojenia. Na każdym etapie oceniana była skuteczność oraz zadowolenie pacjentów z przeprowadzonego leczenia.

Wyniki: Początkowo odpowiedź na zabieg HIFU to zbielenie i obrzęk tkanki, które są wyznacznikiem skutecznej ablacji zmiany. Wczesne obserwacje pozabiegowe obejmują minimalny dyskomfort i szybkie gojenie ze strupieniem, które ustępowało najczęściej po okresie 2 tygodni. Po 3, 6 i 12 miesiącach pacjenci obserwowali znaczącą poprawę w zakresie wyglądu zmiany. Ankieta zadowolenia pacjentów po 6 i 12 miesiącach pokazała, że 80% z nich jest bardzo zadowolona z przeprowadzonego zabiegu ze względu na małoinwazyjny charakter procedury oraz minimalne bliznowacenie. Po 12 miesiącach obserwacji nie zanotowano klinicznie oraz dermatoskopowo ani jednej wznowy nowotworu.

Wnioski: Nasze badanie pokazuje, że HIFU może być skuteczną alternatywą dla leczenia chirurgicznego BCC. Dalsze badania z dłuższym okresem obserwacji oraz większą ilością pacjentów są potrzebne, aby można było ustalić efektywne parametry zabiegowe oraz określenie skuteczności w stosunku do innych małoinwazyjnych metod leczenia, jak kriochirurgia, terapia fotodynamiczna czy laseroterapia.

FENOTYP DZIECKA Z PRZEWLEKŁĄ DERMATOZĄ ZAPALNĄ

Wojciech Przywara¹, Dominika Przywara², Jolanta Węglowska¹

¹Oddział Dermatologiczny z Pododdziałem Dermatologii Dziecięcej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

²Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

Wstęp: Nieprawidłowa masa ciała jest coraz częstszym problemem. W polskiej populacji dzieci w wieku szkolnym 31% chłopców oraz 21% dziewczynek ma problem z nadwagą, a 13% chłopców i 8% dziewczynek choruje na otyłość. Choroby zapalne skóry, jak łuszczycyca czy atopowe zapalenie skóry (AZS), wiążą się z przewlekłym stresem oraz stanem zapalnym, które dodatkowo potęgują zaburzenia odżywiania oraz konsekwencje związane z nieprawidłową masą ciała.

Materiał i metody: Nasze obserwacje kliniczne sugerowały, że nadwaga i otyłość częściej występują w grupie chorych na łuszczycę niż u pacjentów z AZS podejrzewanych o częstsze występowanie niedowagi, jednak wyniki analizy statystycznej były zaskakujące. Grupę badaną stanowili pacjenci w wieku szkolnym z umiarkowaną i ciężką łuszczycą $n = 55$ ($M = 26$, $F = 29$) oraz pacjenci w tym samym wieku z umiarkowanym do ciężkiego atopowym zapaleniem skóry $n = 30$ ($M = 10$, $F = 20$). Parametry zebrano przed włączeniem leczenia ogólnego. Obliczenia zostały przygotowane z pomiarów masy ciała, wzrostu i wskaźnika masy ciała BMI (*body mass index*), naniesione na polskie siatki centylowe, a następnie poddane analizie statystycznej.

Wyniki: Uzyskane wyniki przedstawiały się następująco: w grupie pacjentów z łuszczycą nadwaga występowała u 15% ($n = 8$), a otyłość u 11% ($n = 6$), co odpowiada średniej w polskiej populacji. Niedowaga to problem 27% (15) dzieci z badanej grupy, czyli ponad 3-krotnie (!!!) częściej niż w całej populacji (około 6%). W grupie chorych na AZS u 10% ($n = 3$) pacjentów stwierdzono nadwagę, natomiast aż u 30% ($n = 9$) otyłość; niedowagę potwierdzono u 10% ($n = 3$) pacjentów.

Wnioski: Zarówno zbyt duża, jak i zbyt niska masa ciała u pacjentów z przewlekłą dermatozą jest istotnym problemem klinicznym. Profilaktyka i poradnictwo dietetyczne powinny stać się nieodłącznym elementem każdej wizyty lekarskiej, nie tylko pediatrycznej, ale też dermatologicznej. Normalizacja masy ciała wiąże się z większą kontrolą i rzadszym występowaniem zaostrzeń choroby podstawowej. Istotnym wydaje się ocena wpływu leczenia ogólnego, w tym terapii biologicznej na powrót do prawidłowej wagi w tej grupie pacjentów. Problem wymaga dalszej analizy i pogłębienia badań.

ANHEDONIA W TRĄDZIKU: BADANIA WŁASNE

Marta Szepietowska¹, Łukasz Matusiak²

¹Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wstęp: Anhedonia jest definiowana jako zmniejszona zdolność do odczuwania przyjemności lub całkowita jej utrata. Badanie miało na celu ocenę anhedonii u 104 pacjentów z trądzikiem pospolitym.

Materiał i metody: Nasilenie trądziku oceniano za pomocą Skali Globalnej Oceny Badacza (IGA), a anhedonię badano przy użyciu Skali Przyjemności Snaitha–Hamiltona (SHAPS), Skali Antycypacyjnej i Konsumpcyjnej Przyjemności Interpersonalnej (ACIPS) oraz Skali Doświadczenia Przyjemności w Czasie (TEPS). Ponadto oceniano jakość życia (QoL) i stygmatyzację, a także depresję i lęk (Skala Lęku i Depresji Szpitalnej — HADS).

Wyniki: Anhedonię stwierdzono u 20,19% pacjentów z trądzikiem. Była ona częstsza ($p = 0,007$) u mężczyzn (34,29%) niż u kobiet (13,04%). Na podstawie SHAPS mężczyźni z trądzikiem wykazywali istotnie wyższe ($p = 0,049$) poziomy anhedonii ($2,39 \pm 3,18$ punktów) niż kobiety z trądzikiem ($1,26 \pm 2,36$ punktów). Anhedonia istotnie korelowała z klinicznym nasileniem trądziku (SHAPS: $r = 0,205$, $p = 0,038$ i ACIPS: $r = -0,222$, $p = 0,026$). Chociaż intensywność anhedonii nie wykazała związku z QoL i stygmatyzacją, odnotowano istotną korelację między anhedonią a objawami depresji (SHAPS: $r = 0,310$, $p < 0,001$; ACIPS: $r = -0,364$, $p < 0,001$). Takiej zależności nie stwierdzono dla lęku.

Wnioski: Anhedonia wydaje się być częstym zjawiskiem w trądziku i powinna być brana pod uwagę w holistycznym podejściu do pacjentów z trądzikiem.

POSTRZEGANIE OSÓB Z TATUAŻAMI PRZEZ STUDENTÓW MEDYCYNY — BADANIE ANKIETOWE

Kamila Łukańko¹, Aleksandra Blachucik¹, Wiktoria Marciniak¹, Magdalena Lyko², Alina Jankowska-Konsur²

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej, Uniwersyteckie Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

²Uniwersyteckie Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp: Tatuaż to popularna forma modyfikacji ciała i ekspresji osobistej, której znaczenie i odbiór ewoluowały w ostatnich dekadach. Szczególnie interesujące jest postrzeganie tatuauży w zawodach związanych z ochroną zdrowia, gdzie tradycyjne normy profesjonalizmu mogą wpływać na ocenę pracowników medycznych. Celem badania jest analiza postrzegania osób z tatuażami przez studentów medycyny w Polsce, zarówno w życiu codziennym, jak i w środowisku szpitalnym.

Materiał i metody: Przeprowadzono anonimową ankietę online wśród studentów uczelni medycznych od stycznia do marca 2024 roku. Badanie obejmowało pytania o demografię, postawy i opinie na temat tatuauży oraz ich obecności u ankietowanych. Wyniki przeanalizowano statystycznie.

Wyniki: W badaniu wzięło udział 327 studentów medycyny, z czego 67,6% stanowiły kobiety. Tatuauże posiadało 27,2% respondentów. Większość badanych uważa, że miejsce (88,1%) i motyw (89,3%) tatuauży wpływają na jego odbiór. 53,2% wskazuje, że wygląd ma znaczenie przy wyborze lekarza, a 64,22% uważa, że pracownicy ochrony zdrowia z tatuażami są inaczej traktowani przez pacjentów. 47,1% respondentów twierdzi, że tatuauże mogą obniżyć poziom zaufania pacjentów, a 14,1% uważa, że pracownicy ochrony zdrowia nie powinni mieć tatuauży. W grupie studentów bez tatuauży częściej stwierdzano, że tatuauże są negatywnie postrzegane przez pracodawców ($p = 0,02$). Obie grupy badanych zgadzają się, że pracownicy ochrony zdrowia mogą mieć widoczne tatuauże, a ich obecność nie powinna podlegać ograniczeniom. Niemniej jednak, osoby bez tatuauży częściej uważają, że zmniejszają one poziom zaufania pacjentów do ich posiadaczy ($p < 0,05$).

Wnioski: Studenci medycyny mają zróżnicowane poglądy na temat tatuauży u pracowników ochrony zdrowia. Choć większość uznaje, że tatuauże mogą wpływać na ich postrzeganie, zgadzają się, że nie powinny być one ogólnie regulowane. Mimo to osoby bez tatuauży częściej postrzegają je negatywnie, wskazując na ich potencjalny wpływ na

zaufanie pacjentów. Wyniki sugerują, że postrzeganie tatuaży w zawodach medycznych jest złożone i zależne od wielu czynników, takich jak miejsce tatuażu, jego motyw oraz indywidualne postawy wobec tej formy ekspresji.

OCENA WSPÓŁCZESNYCH PRAKTYK DIAGNOSTYCZNYCH I TERAPEUTYCZNYCH W LECZENIU ŁYSIENIA PŁACKOWATEGO W POLSCE ORAZ SYTUACJI PACJENTÓW

Julia Hofmann¹⁻³, Aleksandra Lesiak¹⁻³, Joanna Narbutt¹⁻³

¹Pracownia Dermatyz Autozapalnych, Genetycznych i Rzadkich Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej UM w Łodzi

³Centrum Medyczne Dermoklinika s.c. J. Narbutt, M. Kierstan, A. Lesiak

Wstęp: Łysienie plackowate to przewlekła choroba autoimmunologiczna, charakteryzująca się niebliznowaczącą utratą włosów, wynikającą z zapalnego uszkodzenia mieszków włosowych. W literaturze medycznej często podkreśla się istotny wpływ tej jednostki chorobowej na jakość życia pacjentów, w szczególności na ich funkcjonowanie psychospołeczne. Pomimo wysokiej częstości występowania łysienia plackowatego, wciąż brakuje szczegółowych danych dotyczących praktyk diagnostyczno-terapeutycznych oraz jakości opieki nad pacjentami w Polsce. Celem niniejszej pracy jest analiza aktualnych praktyk diagnostycznych i terapeutycznych stosowanych przez dermatologów w Polsce w leczeniu łysienia plackowatego, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu tej choroby na jakość życia i funkcjonowanie pacjentów.

Materiał i metody: Badania przekrojowe przeprowadzono w dwóch grupach: lekarzy dermatologów oraz pacjentów z łysieniem plackowatym. Praktyki kliniczne zostały ocenione za pomocą autorskiej ankiety skierowanej do dermatologów, natomiast wpływ choroby na jakość życia pacjentów oceniono na podstawie wypełnionych przez nich standaryzowanych kwestionariuszy: DLQI (*Dermatology Life Quality Index*), CDLQI (*Children's Dermatology Life Quality Index*), AAPPO (*Alopecia Areata Patient-Reported Outcomes*), WPAI+CIQ:AS (*Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire*), oraz SF-36 (*Short Form Health Survey*).

Wyniki: Analizie poddano dane zebrane od 100 dermatologów i 252 pacjentów z różnych grup wiekowych. Wykazano, że wielu dermatologów nie stosuje się do zalecanych wytycznych w zakresie diagnostyki i leczenia łysienia plackowatego; 13% lekarzy nadal zaleca wykonanie trichogramu, mimo braku dowodów na jego przydatność diagnostyczną. Pomimo dostępności nowoczesnych leków, takich jak inhibitory kinazy Janusowej (JAK), dostęp do nich w Polsce jest ograniczony, co wpływa na skuteczność terapii. Średnia wartość specjalistycznych kwestionariuszy wyniosła: DLQI — 12,33; CDLQI — 14,48; SF-36 — 139,3. Wyniki wskazują, że 35% pacjentów odczuwa negatywny wpływ choroby na relacje społeczne i poczucie własnej wartości. Ponadto 34% dorosłych respondentów przyznaje, że choroba powoduje częste absencje w pracy, a 38% pacjentów pediatrycznych regularnie opuszcza zajęcia szkolne. Pomimo znacznego wpływu łysienia plackowatego na jakość życia pacjentów, dostępna opieka medyczna pozostaje niewystarczająca i mało kompleksowa.

Wnioski: Stwierdzono istotne rozbieżności między aktualnymi praktykami klinicznymi a zaleceniami dotyczącymi postępowania w przypadku łysienia plackowatego w Polsce. Wyraźny wpływ choroby na funkcjonowanie psychospołeczne pacjentów podkreśla konieczność wprowadzenia bardziej zintegrowanego, holistycznego podejścia terapeutycznego. Wskazane jest również zwiększenie dostępności nowoczesnych metod leczenia oraz edukacja społeczeństwa i personelu medycznego na temat choroby.

ROLA INTERFERONÓW I METALOPROTEINAZ W PATOGENIEZIE ZAPALENIA STAWÓW U PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁYM SKÓRNYM TOCZNIEM RUMIENIOWATYM

Magdalena Stec, Maciej Pastuszczyk

Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii w Zabrze

Wstęp: Pacjenci z przewlekłym skórny toczniem rumieniowatym (DLE, *discoid lupus erythematosus*) często zgłaszają dolegliwości bólowe stawów. Zwykle przebiegają one bez klinicznych cech zapalenia w badaniu fizykalnym (obrzęku, ucieplenia). Mogą one utrzymywać się pomimo stosowanego u pacjentów leczenia hydrochlorenchiną (HCQ) oraz

glikokortykosteroidami (GKS). Celem niniejszej pracy była próba identyfikacji procesu patologicznego odpowiedzialnego za ich powstawanie. **Materiał i metody:** Do badania włączono 23 pacjentów z DLE zgłaszających dolegliwości bólowe stawów. Wszyscy byli leczeni GKS (10 mg prednizonu/dobę) oraz HCQ (200 mg/dobę) przez okres 5–6 miesięcy. U pacjentów oceniono zaawansowanie zmian skórnych w skali CLASI, wykonano badania biochemiczne i immunologiczne oraz oceniono surowicze stężenia 37 wybranych cytokin. U każdego chorego przeprowadzono konsultację reumatologiczną z badaniem USG stawów (rąk, nadgarstków, łokci, stóp i kolan). Na podstawie braku lub obecności zapalenia błony maziowej (*synovitis*) w co najmniej jednym stawie podzielono pacjentów na dwie grupy. W wyodrębnionych grupach dokonano kolejno analizy statystycznej uzyskanych wyników badań laboratoryjnych oraz parametrów klinicznych.

Wyniki: Dolegliwości bólowe stawów u pacjentów z DLE dotyczyły najczęściej małych stawów stóp (69%) i rąk (65%). Cechy zapalenia stawów w badaniu fizykalnym stwierdzono u 13% chorych. U 30% pacjentów z DLE i bólami stawów wykazano zapalenie błony maziowej w badaniu USG. Chorzy z *synovitis* charakteryzowali się większym surowiczym stężeniem interferonów (IFN-alfa i IFN-gamma) oraz metaloproteinaz (MMP-1 i MMP-3) niż pacjenci bez *synovitis*. Grupa ta cechowała się również większym nasileniem bólu stawów w skali VAS oraz słabszą odpowiedzią kliniczną w zakresie skóry na stosowane leczenie.

Wnioski: Pacjenci z DLE zgłaszający dolegliwości bólowe stawów wymagają diagnostyki reumatologicznej, w tym badania USG stawów ze względu na ryzyko występowania u nich *synovitis*, co może wymagać intensyfikacji leczenia.

DERMOSKOPOWA OCENA ZMIAN NA MAŁŻOWINIE USZNEJ — PORÓWNANIE SKUTECZNOŚCI ZNANYCH ALGORYTMÓW DIAGNOSTYCZNYCH I PROPOZYCJA NOWEGO MODELU OCENY RYZYKA ZŁOŚLIWOŚCI

Jakub Żółkiewicz¹, Luc Thomas²⁻⁴, Grażyna Kamińska-Winciorek⁵, Krzysztof Pastuszek⁶⁻⁸, Urszula Maińska¹, Michał Kunc⁹, Michał Sobjanek¹, Martyna Sławińska¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Department of Dermatology, Centre Hospitalier Lyon Sud, Lyon, France

³Lyon 1 University, Lyon, France

⁴Centre de Recherche en Cancérologie de Lyon, France

⁵Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, Narodowy Instytut Onkologii, im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Gliwicach

⁶Katedra Algorytmów i Modelowania Systemów, Wydział Elektroniki, Telekomunikacji i Informatyki, Politechnika Gdańska

⁷Zakład Onkologii Translacyjnej, Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

⁸Centrum Analiz Biostatystycznych i Bioinformatycznych, Gdański Uniwersytet Medyczny

⁹Katedra i Zakład Patomorfologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Zmiany melanocytarne małżowiny usznej (EEML, *external ear melanocytic lesions*) są częstym wyzwaniem w codziennej praktyce klinicznej. Małżowina uszna należy do tzw. szczególnych lokalizacji dermoskopowych, a wzorce dermoskopowe zmian melanocytarnych umiejscowionych w jej obrębie są stosunkowo słabo poznane. Celem badania było określenie struktur i wzorców dermoskopowych EEML. Drugorzędowymi celami pracy było określenie efektywności wybranych algorytmów dermoskopowych dedykowanych diagnostyce czerniaka oraz przygotowanie autorskiego modelu predykcyjnego wspomagającego ocenę dermoskopową EEML.

Materiał i metody: Wieloośrodkowe badanie retrospektywne obejmowało analizę EEML weryfikowanych histopatologicznie oraz EEML o stabilnym obrazie klinicznym i dermoskopowym w ≥ 2 -letnim okresie obserwacji. Obrazy dermoskopowe były oceniane niezależnie przez dwóch badaczy, którzy nie znali ostatecznego rozpoznania. Każda zmiana została przeanalizowana według wybranych algorytmów dermoskopowych oraz wcześniej zdefiniowanych kryteriów dermoskopowych. Na podstawie potencjału diagnostycznego analizowanych cech dermoskopowych stworzono model predykcyjny, który zwalidowano na zbiorze testowym przygotowanym na bazie repozytorium HAM10000. **Wyniki:** Do analizy włączono 145 zmian melanocytarnych na małżowinie usznej u 136 pacjentów (63 kobiet; 46,3%). Średni wiek pacjentów

wyniósł 46,2 lata. Najczęstszymi cechami dermoskopowymi zmian złośliwych były asymetria wzorca, asymetria koloru i obecność koloru czerwonego. Do najczęstszych cech dermoskopowych zmian łagodnych należała obecność brązowych obszarów bezstrukturalnych oraz punktowa i osiowa symetria pigmentacji. Wśród analizowanych algorytmów dermoskopowych dedykowanych wczesnemu rozpoznaniu czerniaka algorytm 'Chaos i wzory' osiągnął najwyższą czułość, a algorytm CASH oraz metoda Menziesia osiągnęły najwyższą swoistość w badanym materiale. Zaproponowany model predykcyjny osiągnął wysokie parametry zarówno czułości, jak i swoistości oscylujące w granicach 90%.

Wnioski: Jest to pierwsze, zakrojone na szeroką skalę, badanie poświęcone analizie cech dermoskopowych EEML. Ponadto zaproponowano model predykcyjny wspomagający proces diagnostyczny zmian melanocytarnych na małżowinie usznej oraz zaprezentowano dotychczas nieopisywane struktury oraz wzorce dermoskopowe.

BADANIA NAD PRZEŚLADOWANIEM OSÓB ZE ZMIANAMI SKÓRNYMI

Bartosz Lisicki¹, Marta Szepietowska¹, Jacek Szepietowski²

¹Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wstęp: Pacjenci z chorobami skóry są szczególnie narażeni na prześladowanie. Literatura dotycząca znęcania się nad pacjentami dermatologicznymi jest jednak bardzo uboga. Celem niniejszego badania była ocena postaw uczniów szkół średnich wobec osób z widocznymi zmianami skórnymi oraz sprawdzenie, czy prosta interwencja polegająca na przedstawieniu historii pacjentów może poprawić ich postawy.

Materiał i metody: Do udziału w badaniu zaproszono łącznie 389 uczniów szkół średnich. 388 osób (97,2%) ukończyło cały protokół badania. Średnia wieku respondentów wynosiła 15,97 ± 1,93 roku (zakres 14–18 lat), a 45,80% stanowiły osoby płci męskiej. Uczniom podczas zajęć prezentowano kolejno fotografie pacjentów z chorobami skóry oraz zdrowych ochotników. Poproszono ich o wyrażenie swojego stosunku do każdej osoby przedstawionej na fotografiach, używając 5-punktowej skali Likerta. Następnie uczniowie wysłuchali historii pacjentów i ponownie poproszono ich o wyrażenie swojego stosunku do osób przedstawionych na zdjęciach.

Wyniki: Uczennice oraz uczniowie, którzy sami zgłosili jakąkolwiek chorobę skóry obecnie lub w przeszłości, mieli lepszy stosunek do pacjentów podczas pierwszej oceny. Jednorazowa prezentacja historii pacjentów z chorobami skóry znacząco poprawiła postawy uczniów wobec osób z problemami skórnymi. Poprawa była bardziej widoczna w podgrupach, które na początku badania wykazywały najgorsze postawy.

Wnioski: Niniejsze badanie wykazało, że prosta aktywność edukacyjna poprawiła postawy uczniów szkół średnich wobec pacjentów z problemami skórnymi.

SESJA PRAC KLINICZNYCH VII

CZERNIAK SKÓRY SKALPU — ANALIZA KLINICZNA I DERMOSKOPOWA PACJENTÓW DIAGNOZOWANYCH I LECZONYCH W UNIWERSYTECKIM CENTRUM KLINICZNYM W GDAŃSKU W LATACH 2017–2024

Beata Zagórska, Jakub Żółkiewicz, Urszula Maińska, Michał Sobjanek, Martyna Sławińska

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Czerniak jest nowotworem złośliwym wywodzącym się z melanocytów. Najczęstszym umiejscowieniem anatomicznym u kobiet są kończyny, a u mężczyzn tułów, jednak nowotwór może wystąpić w dowolnej lokalizacji anatomicznej. Około 10–25% przypadków występuje

w okolicy głowy i szyi, z czego 14–49% lokalizuje się w obrębie skóry skalpu (*SM, scalp melanoma*). SM występuje zwykle u osób starszych i charakteryzuje się gorszym rokowaniem niż nowotwór zlokalizowany w innych okolicach anatomicznych. Wzorce dermoskopowe czerniaka w tej lokalizacji są stosunkowo słabo poznane.

Materiał i metody: Retrospektywnie przeanalizowano dane kliniczne pacjentów z rozpoznaniem guzów skóry skalpu diagnozowanych i leczonych w Poradni Dermatologicznej oraz Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz poddawanych weryfikacji histopatologicznej w okresie od 1 czerwca 2017 roku do 1 czerwca 2024 roku, celem zidentyfikowania pacjentów z rozpoznaniem czerniaka tej okolicy, których poddano dalszej szczegółowej analizie.

Wyniki: W analizowanym przedziale czasowym zidentyfikowano 12 pacjentów z rozpoznaniem czerniaka skóry skalpu (w tym 7 mężczyzn); średnia wieku wyniosła 73,1 lat. U 10 pacjentów (83,3%) guz był umiejscowiony w obrębie okolicy ciemieniowej, a u pozostałych 2 (16,7%) w okolicy skroniowej. Grubość nacieku według Breslowa w analizowanym materiale wynosiła od 0,25 mm do 1,5 mm. U 3 pacjentów rozpoznano czerniaka wywodzącego się ze złośliwej plamy soczewicowatej, u 2 czerniaka szerzącego się powierzchownie, u 3 czerniaka rozwijającego się na podłożu znamienia barwnikowego, u 1 czerniaka Spitzoidalnego, a u pozostałych 3 pacjentów dane dotyczące wariantu histopatologicznego nie były dostępne. Przeanalizowano ponadto wzorce dermoskopowe z wykorzystaniem znanych algorytmów diagnostycznych.

Wnioski: SM w analizowanym przedziale czasowym występował stosunkowo rzadko i najczęściej dotyczył okolicy ciemieniowej skalpu. Wszystkie przypadki SM były czerniakami inwazyjnymi, co wskazuje na trudności diagnostyczne we wczesnej diagnostyce nowotworów tej okolicy. Czerniaki na skąpie prezentują heterogeny obraz kliniczny, dermoskopowy i histopatologiczny.

RETROSPEKTYWNA ANALIZA WPŁYWU PANDEMII COVID-19 NA CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA ŁYSIENIA PLACKOWATEGO

Łukasz Chętko¹, Julia Hofmann¹, Aleksandra Lesiak²⁻⁴, Joanna Narbutt^{3,4}, Klaudia Kubikowska⁵

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej, Klinicznej i Zabiegowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

²Pracownia Dermatologii Autozapalnych, Genetycznych i Rzadkich Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

³Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

⁴Dermoklinika Centrum Medyczne s.c., Łódź

⁵Oddział Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Szpitala im. Biegańskiego w Łodzi

Wstęp: Łysienie plackowate (*AA, alopecia areata*) jest chorobą autoimmunizacyjną należąca do niebliznowaczących postaci łysienia. Szacunkowo dotyka około 2% populacji. Patogeneza choroby ma charakter wieloczynnikowy i nie została w pełni wyjaśniona. Do rozwoju schorzenia może przyczynić się między innymi dysregulacja immunologiczna oraz stres psychologiczny. W literaturze pojawiają się spekulacje dotyczące związku infekcji SARS-CoV-2 oraz stresu wywołanego pandemią COVID-19 z występowaniem nowych przypadków AA, a także zaostrzeń i nawrotów choroby. Dokładny mechanizm ich zależności pozostaje jednak niezny. Celem badania była analiza danych epidemiologicznych pacjentów dotkniętych AA oraz ocena wpływu pandemii COVID-19 na liczbę hospitalizacji w tej grupie chorych.

Materiał i metody: Dokumentacja medyczna pacjentów z łysieniem plackowatym (AA), hospitalizowanych w klinice w latach 2015–2023, została poddana retrospektywnej analizie. Utworzono cyfrową bazę danych, obejmującą takie czynniki jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10, a także liczba i czas trwania hospitalizacji. Następnie zestawiono dane z okresów 2015–2019 i 2020–2023 w celu oceny potencjalnych różnic.

Wyniki: Badanie objęło 428 pacjentów, w tym 292 kobiety (68,22%) i 136 mężczyzn (31,78%). W grupie badanych 256 osób stanowiły dzieci (59,81%), w tym 163 dziewczynki (63,67%) i 93 chłopców (36,33%). Mediana wieku wśród dorosłych wynosiła 39,13 lat, natomiast w grupie pacjentów pediatrycznych — 8,66 lat. Po wybuchu pandemii zaobserwowano spadek średniego wieku dorosłych mężczyzn o 13,81%. Liczba hospitalizacji wzrosła o 207,62% (z 223 do 686 przyjęć), a średni czas pobytu w szpitalu skrócił się o 15,15% (z 5,81 do 4,93 dni).

Zarejestrowano również wzrost odsetka przypadków łysienia całkowitego i uogólnionego (z 11,66% do 20,00%). Zmianie uległa także struktura zamieszkania badanych dzieci — w latach 2020–2023 większość stanowili mieszkańcy miast (72,16%).

Wnioski: Zaobserwowany w badaniu wzrost liczby hospitalizacji może wskazywać na potencjalny związek między pandemią COVID-19 a rozwojem oraz zmodyfikowanym przebiegiem łysienia plackowatego (AA). Dokładniejsze poznanie tej zależności, co wymaga przeprowadzenia dalszych badań, może w przyszłości przyczynić się do poprawy wyników leczenia pacjentów z AA.

DLUGOTERMINOWA SKUTECZNOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO LECZENIA DUPILUMABEM U PACJENTÓW Z ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY: DOŚWIADCZENIA JEDNEGO OŚRODKA (REAL-WORLD EVIDENCE)

Natalia Bień^{1,2}, Justyna Ceryn^{1,2}, Monika Kierstan¹, Joanna Narbutt^{1,2}, Aleksandra Lesiak¹⁻³

¹Dermoklinika Centrum Medyczne s.c., Łódź

²Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

³Pracownia Dermatyz Autozapalnych, Genetycznych i Rzadkich Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Dupilumab to lek biologiczny dostępny w ramach Programu Lekowego Narodowego Funduszu Zdrowia B.124, dedykowany pacjentom z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry (AZS). Celem niniejszej pracy była retrospektywna analiza skuteczności i bezpieczeństwa stosowania dupilumabu u pacjentów z AZS leczonych w naszym ośrodku w ramach tego programu.

Materiał i metody: Przeprowadzono ponad 2-letnią analizę pacjentów z AZS włączonych i leczonych dupilumabem w ramach Programu Lekowego B.124 w Dermoklinika Centrum Medyczne. Analizowano dane demograficzne pacjentów (wiek, płeć), wskaźniki nasilenia choroby (EASI, DLQI), bezpieczeństwo leczenia (zgłaszane działania niepożądane) oraz wybrane parametry krwi.

Wyniki: Do Programu B.124 włączono 92 pacjentów z AZS, w tym 64 dorosłych (69,6%) i 28 dzieci (30,4%). W grupie dorosłych odnotowano nieznaczną przewagę kobiet (55 osób; 54,7%) nad mężczyznami (29 osób; 45,3%). W populacji pediatrycznej liczba chłopców (15; 53,6%) była nieznacznie wyższa niż dziewczynek (13; 46,4%). Średni wiek pacjentów dorosłych wynosił 32,7 ± 12,8 lat, a dzieci 11,1 ± 3 lat. Początkowe średnie wartości wskaźników nasilenia choroby wynosiły: EASI 29,8 ± 13,3 i DLQI 18,2 ± 10,8 w grupie dorosłych oraz EASI 25,2 ± 6,4 i DLQI 16,1 ± 4,8 u dzieci. W obu grupach zaobserwowano długotrwałe i satysfakcjonujące zmniejszenie wartości wskaźników nasilenia choroby. Po 52 tygodniach leczenia (W52) EASI 50 osiągnięto u 100% pacjentów pediatrycznych, EASI 75 u 77,8%, a EASI 90 u 55,5%. Zaś w grupie dorosłych po 52 tygodniach uzyskano EASI 50 u 100% pacjentów, EASI 75 u 88,2%, a EASI 90 u 79,4%. Najczęstszym działaniem niepożądanym było zapalenie spojówek, występujące u 20 dorosłych (31,3%) oraz 1 dziecka (3,6%).

Wnioski: Dupilumab wykazuje wysoką długoterminową skuteczność i bezpieczeństwo w leczeniu atopowego zapalenia skóry u pacjentów zarówno dorosłych, jak i pediatrycznych. W analizowanej grupie, podobnie jak w literaturze, najczęstszym działaniem niepożądanym było obustronne zapalenie spojówek. Według wiedzy autorów, jest to największa kohorta pacjentów leczonych dupilumabem w ramach Programu Lekowego B.124 w Polsce.

OCENA SKUTECZNOŚCI KOREKCY ZMIAN O TYPIE MORPHEA ZA POMOCĄ LASERA FRAKCYJNEGO CO₂

Paulina Klimek-Trojan, Joanna Czerwińska, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek

Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej w Olsztynie

Wstęp: Twardzina ograniczona jest przewlekłą chorobą tkanki łącznej, która charakteryzuje się ograniczonym stwardnieniem skóry, a także często zajęciem tkanek głębiej położonych — powięzi, mięśni, kości. Jej istotą jest nadprodukcja oraz odkładanie się kolagenu i białek macierzy

pozakomórkowej w skórze, tkance podskórnej, rzadziej w powięziach, mięśniach i kościach. Pojawienie się technologii lasera frakcyjnego wprowadziło potencjalne nowe opcje terapeutyczne dla pacjentów z chorobami skóry obejmującymi zwłóknienie i bliznowacenie. Obecna wiedza dotycząca etiopatogenezy twardziny ograniczonej jest niewystarczająca, zwłaszcza w kontekście niewielkich możliwości terapeutycznych, którymi dysponujemy. Badanie miało na celu poznanie mechanizmów, jakie zachodzą w skórze pacjentów z twardziną ograniczoną poddawanych terapii laserem frakcyjnym CO₂. Pozwoli to na dobór optymalnej metody leczenia, a w efekcie poprawę defektu estetycznego i jakości życia pacjentów. Celem pracy jest przedstawienie wstępnych wyników badań dotyczących skuteczności korekcy zmian o typie *morphea* za pomocą lasera frakcyjnego CO₂.

Materiał i metody: Grupą badaną byli pacjenci cierpiący na twardzinę ograniczoną. Dwukrotnie pobierano biopsję skóry przy użyciu sztanicy 4 mm z chorobowo zmienionej skóry przed wdrożeniem terapii oraz 4 tygodnie po jej zakończeniu. Następnie oznaczano z homogenizatorem za pomocą ELISA i/lub badania immunohistochemicznego TGFβ1, HSP47, MMP-9, MMP-13, CCN1, CD34+, kolagenu I, kolagenu III, elastyny.

Wyniki: Obszary immunoreaktywne uległy zmniejszeniu w przypadku TGFβ (p < 0,05), elastyny (p < 0,05), kolagenu I (p < 0,05) i III (p < 0,05) oraz MMP13 (p < 0,05). Z kolei obszar immunoreaktywny CD34 uległ powiększeniu po terapii (p < 0,05). Odnotowano brak różnic pomiędzy obszarami immunoreaktywnymi MMP9 (p = 0,221).

Wnioski: Zastosowanie frakcyjnego lasera CO₂ stanowi bezpieczną i skuteczną metodę terapii twardziny ograniczonej. Zabiegi z jego użyciem mogą niwelować defekty estetyczne powstałe w przebiegu choroby, a tym samym istotnie poprawiać jakość życia pacjentów.

OBRAZ KLINICZNY I DERMOSKOPOWY ZMIAN BARWNIKOWYCH SROMU — BADANIE RETROSPEKTYWNE

Anna Płaszczńska, Martyna Sławińska, Jakub Żółkiewicz, Michał Sobjanek

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Zmiany barwnikowe w okolicy sromu występują u 10–12% populacji ogólnej oraz stanowią 20% chorób sromu. Czerniak błon śluzowych jest bardzo rzadki, stanowi 1,4% wszystkich czerniaków, natomiast jest drugim najczęściej występującym nowotworem sromu po raku płaskonabłonkowym. Ocena dermoskopowa zmian barwnikowych w okolicy anogenitalnej jest trudna, ponieważ wzorce dermoskopowe dla tej lokalizacji szczególnej są stosunkowo słabo poznane. W literaturze nie znaleźliśmy badań z polskich ośrodków dotyczących tego tematu.

Materiał i metody: Retrospektywna analiza kliniczna i dermoskopowa weryfikowanych histopatologicznie zmian barwnikowych sromu wśród pacjentek diagnozowanych i leczonych w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Wyniki: W badaniu przeanalizowano obraz kliniczny i dermoskopowy przypadków zmian barwnikowych okolicy sromu. Zmiany barwnikowe w analizowanym materiale wykazywały szerokie spektrum kliniczne i dermoskopowe. Wszystkie zmiany były weryfikowane histopatologicznie. W analizowanym materiale rozpoznano przypadki czerniaka sromu.

Wnioski: W diagnostyce zmian barwnikowych sromu dermoskopia może być pomocna w diagnostyce różnicowej czerniaka. W sytuacjach wątpliwych należy wykonać biopsję z oceną histopatologiczną zmiany.

BAKUCHIOL: BEZPIECZNIEJSZA ALTERNATYWA DLA RETINOIDÓW CZY TYLKO PÓŁŚRODEK W LECZENIU? ANALIZA BADANIA ANKIETOWEGO

Stanisław Anczyk, Julia Szostek, Michał Serafin, Barbara Roguska, Karina Polak

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wstęp: W badaniu porównano preferencje Polek w zakresie stosowania produktów z retinoidami i bakuchiolem, analizując subiektywne doświadczenia i czynniki wyboru.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono w formie ankiety online, składającej się z 33 pytań zamkniętych. Ankieta była dostępna dla kobiet w wieku 19–42 lat ($M = 24$) w okresie od 24 lutego do 9 marca 2024 roku. Ostatecznie analizie poddano kompletne dane od 84 respondentek. Analiza statystyczna została przeprowadzona za pomocą oprogramowania Statistica.

Wyniki: Analiza preferencji terapeutycznych wykazała, że większość badanych (67,07%) stosowała wyłącznie retinoidy, głównie w leczeniu trądziku (74,55%). Preferowane formy podania retinoidów to żele (36,36%) i preparaty doustne (36,36%). Mniejsza grupa badanych (18,29%) stosowała wyłącznie bakuchiol, przede wszystkim w celu redukcji zmarszczek (60,00%). Część badanych (13,41%) łączyła obie substancje. Analiza częstotliwości stosowania wykazała, że większość użytkowników retinoidów aplikowała je raz dziennie przez okres dłuższy niż 3 miesiące. W przypadku bakuchiolu stosowanie było krótsze, najczęściej przez okres 2–4 tygodni, również raz dziennie. Subiektywna ocena skuteczności wykazała, że retinoidy były oceniane jako bardziej skuteczne w poprawie stanu skóry (mediana 4, IQR 2) w porównaniu z bakuchiolem (mediana 2, IQR 2; $p = 0,03$). Jednocześnie stosowanie retinoidów wiązało się z częstszym występowaniem działań niepożądanych (83,64% vs. 6,67% dla bakuchiolu; $p < 0,001$).

Wnioski: Uzyskane wyniki wskazują na dominującą rolę retinoidów w terapii dermatologicznej wśród badanej grupy. Mimo niższej oceny skuteczności bakuchiol może stanowić interesującą alternatywę ze względu na lepszy profil bezpieczeństwa.

ZABIEGI MEDYCZYNY ESTETYCZNEJ — U LEKARZA CZY INNEGO SPECJALISTY? BADANIE OPINII I PREFERENCJI PACJENTÓW

Maria Bendykowska¹, Jan Pietruszka¹, Adrian Goss¹, Zofia Sorysz¹, Maria Szewczyk¹, Magdalena Pałdyna², Ewelina Biało-Wójcicka²

¹Studenckie Koło Naukowe „Immunis”, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa

²Oddział Dermatologii Dorosłych, Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie

Wstęp: W obliczu rosnącej dostępności zabiegów medycyny estetycznej podkreśla się kwestie związane z kwalifikacjami osób wykonującymi zabiegi. Coraz częściej tego typu usługi są oferowane przez osoby niebędące lekarzami. Niniejsze badanie miało na celu zbadanie opinii i preferencji pacjentów wobec kwalifikacji osób wykonujących zabiegi medycyny estetycznej, z uwzględnieniem różnic między mieszkańcami większych miast a mniejszych miejscowości.

Materiał i metody: Grupa badana obejmowała 2059 osób, o średniej wieku 28 lat (± 8 lat). Badanie było oparte o autorski kwestionariusz. Analiza statystyczna została przeprowadzona przy użyciu oprogramowania Statistica 13.0 PL.

Wyniki: Odnotowano istotne różnice w zakresie korzystania z zabiegów medycyny estetycznej pomiędzy osobami z grupy 1 (mieszkającymi we wsiach i miastach do 500 000 mieszkańców) oraz grupy 2 (osoby zamieszkujące duże miasta > 500 000 mieszkańców). Respondenci z grupy 1 rzadziej korzystali z zabiegów medycyny estetycznej; w grupie tej odnotowano tendencję do stosowania tych zabiegów jednorazowo, w przeciwieństwie do osób z grupy 2 poddających się takim zabiegom wielokrotnie. Analizowane grupy różniły się także pod względem wyboru osoby wykonującej zabieg. Osoby z grupy 1 częściej poddawały się zabiegom u osób niebędących lekarzami i wyrażały opinię, że nie ma dla nich znaczenia wykształcenie osoby wykonującej zabieg, podczas gdy osoby z grupy 2 częściej decydowały się na zabieg wykonywany przez lekarza. W przypadku możliwości wykonania bezpłatnego zabiegu u osoby niebędącej lekarzem z tej opcji chętniej skorzystałyby osoby z grupy 1.

Wnioski: Wykazane różnice w zakresie preferencji i opinii dotyczących medycyny estetycznej wskazują na potrzebę wzmoczonej edukacji, szczególnie osób zamieszkujących wsie i małe miasta, a także potrzebę wzmocnienia regulacji prawnych dotyczących kwalifikacji wymaganych do przeprowadzania omawianych zabiegów w celu zagwarantowania najwyższej jakości i bezpieczeństwa.

ŚWIATŁO NIEBIESKIE JAKO OCHRONA PRZED PROMIENIOWANIEM UV — FAKT CZY MIT?

Natalia Bień^{1,2}, Joanna Narbutt^{1,2}, Aleksandra Lesiak¹⁻³

¹Dermoklinika Centrum Medyczne s.c., Łódź

²Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

³Pracownia Dermatologii Autozapalnych, Genetycznych i Rzadkich Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: W literaturze pojawiają się doniesienia, że niebieskie światło widzialne w odpowiednich dawkach, może stymulować produkcję melaniny u osób o jasnej karnacji, jednocześnie unikając szkodliwych efektów pigmentacyjnych związanych z promieniowaniem UV. Celem niniejszego badania była ocena potencjalnego działania ochronnego fototerapii światłem niebieskim przed promieniowaniem UV, co mogłoby stanowić innowacyjną formę terapii dla pacjentów z fotodermatozami.

Materiał i metody: Do badania zakwalifikowano 14 zdrowych ochotników (kobiet i mężczyzn) w wieku powyżej 18 lat, bez obciążeń chorobami przewlekłymi. Uczestnicy zostali poddani serii 10 naświetlań pleców światłem niebieskim (długość fali — 453 nm, natężenie promieniowania — 40 mW/cm², dawka kumulacyjna na 15 minutową sesję — 36 J) trwających 15 minut. Przed rozpoczęciem terapii wykonano fototesty za pomocą urządzenia Saalux UV-Kamm DE, emitującego promieniowanie UVB o długości fali 311 nm, w celu określenia minimalnej dawki rumieniowej (MED). Pomiary rumienia oraz pigmentacji skóry w czterech kwadrantach pleców przeprowadzono przy użyciu analizatora Skin Pigmentation Analyzer SPA99. Procedury te powtórzono po 5 i 10 naświetlaniach. Ponadto na początku i na końcu badania pobrano krew w celu oznaczenia wybranych parametrów.

Wyniki: W badaniu wzięło udział 14 uczestników, w tym kobiety i mężczyźni, o średniej wieku 32,14 lat (zakres 23–55). Uczestnicy mieli fototyp skóry I–III. Średnia początkowa wartość minimalnej dawki rumieniowej wyniosła 0,4 J/cm²; po 5 naświetlaniach wzrosła do 0,5 J/cm², a po 10 naświetlaniach do 0,7 J/cm². Średnia wartość zaczerwienienia skóry zmniejszyła się z 36,27 do 25,45, a ostatecznie do 16,39. Średnia wartość pigmentacji skóry wzrosła z 10,46 do 20,20, a następnie do 29,88.

Wnioski: Uzyskane wyniki wskazują, że seria 10 naświetlań światłem niebieskim prowadzi do zwiększenia minimalnej dawki rumieniowej, wzrostu pigmentacji skóry oraz zmniejszenia zaczerwienienia. Choć konieczne są dalsze badania na większej grupie pacjentów, nasze wstępne obserwacje sugerują, że światło niebieskie może znaleźć zastosowanie w profilaktyce (*skin hardening*) pacjentów z fotodermatozami idiopatycznymi.

BADANIE POZIOMU WIEDZY DERMATOLOGICZNEJ CHATGPT-3.5 I CHATGPT-4 W OPARCIU O PAŃSTWOWE EGZAMINY SPECJALIZACYJNE Z DERMATOLOGII I WENEROLOGII

Miłosz Lewandowski¹, Paweł Łukowicz², Dariusz Świątlik², Wioletta Barańska-Rybak¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Zakład Biostatystyki i Sieci Neuronowych, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Globalne wykorzystanie sztucznej inteligencji (AI) może zrewolucjonizować branżę opieki zdrowotnej. Pomimo tego, że sztuczna inteligencja, w tym duże modele językowe, staje się coraz bardziej popularna, wciąż brakuje dowodów na skuteczność jej zastosowania w dermatologii.

Materiał i metody: Do oceny potencjału ChatGPT-3.5 i ChatGPT-4 wykorzystano pytania z trzech państwowych egzaminów specjalizacyjnych z dermatologii i wenerologii, w języku angielskim i polskim, składające się ze 120 pytań jednokrotnego wyboru. Łącznie skierowano 1432 pytania do wyżej wymienionych modeli językowych.

Wyniki: ChatGPT-4 przekroczył próg zdawalności 60% w każdym wykonanym teście, uzyskując minimum 80% i 70% poprawnych odpowiedzi odpowiednio dla wersji angielskiej i polskiej. ChatGPT-4 radził sobie znacząco lepiej na każdym egzaminie ($p < 0,01$), niezależnie od języka, w porównaniu z ChatGPT-3.5. Co więcej, ChatGPT-4 odpowiadał na pytania dotyczące obrazów klinicznych chorób ze średnią dokładnością 93,0% i 84,2% odpowiednio w przypadku pytań w języku angielskim i polskim. Różnica skuteczności odpowiedzi pomiędzy testami w języku polskim i angielskim nie była znacząca; jednakże

ChatGPT-3.5 i ChatGPT-4 odpowiadały lepiej w języku angielskim niż w języku polskim, średnio o 8 punktów procentowych w każdym teście. Nieprawidłowe odpowiedzi ChatGPT były silnie skorelowane z niższym wskaźnikiem trudności, co oznaczało pytania o wyższym stopniu trudności w większości testów ($p < 0,05$).

Wnioski: Badany poziom wiedzy dermatologicznej ChatGPT był wysoki, a ChatGPT-4 odpowiadał na pytania znacznie lepiej niż ChatGPT-3.5. Chociaż zastosowanie ChatGPT nie zastąpi ostatecznej decyzji lekarza, lekarze powinni wspierać rozwój sztucznej inteligencji w dermatologii w celu podniesienia standardów opieki medycznej.

PRACE ORYGINALNE — EKSPERYMENTALNE

SESJA PRAC EKSPERYMENTALNYCH I

ROLA BIAŁEK Z RODZINY GAZDERMIN W PATOGENIEZIE ŁUSZCZYCY — OCENA EKSPRESJI TKANKOWEJ, STĘŻENIA W SUROWICY I MOCZU

Julia Nowowiejska¹, Anna Baran¹, Justyna Magdalena Hermanowicz², Anna Pryczynicz³, Beata Sieklucka², Dariusz Pawlak², Iwona Flisiak¹

¹Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Zakład Farmakodynamiki, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³Zakład Patomorfologii Ogólnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp: Łuszczyca jest częstą, przewlekłą i nieuleczalną dermatozą, która stanowi ważny problem medyczny, społeczny i ekonomiczny. Gazderminy (GSDM) są stosunkowo nowo zidentyfikowaną rodziną białek, a pięć z nich, oznaczonych jako A–E, ma podobną strukturę chemiczną: domenę N-końcową GSDM, region łącznikowy i domenę C-końcową GSDM. Są one zaangażowane w wiele procesów biologicznych, zwłaszcza w śmieć komórki. Celem badania było poszukiwanie potencjalnej roli gazdermin w patogeniezie łuszczyicy.

Materiał i metody: Badanie obejmowało 60 pacjentów z łuszczycą plackowatą i 30 ochotników bez dermatoz jako grupę kontrolną. Stężenia gazdermin A–E w surowicy i moczu oceniano za pomocą testu ELISA, a ekspresję tkankową za pomocą immunohistochemii.

Wyniki: Ekspresja tkankowa wszystkich gazdermin była istotnie większa w blaszkach łuszczykowych w porównaniu ze skórą pacjentów niezmienną chorobowo i grupą kontrolną. Stężenia gazdermin A, B, C, E w surowicy były istotnie wyższe u pacjentów niż w grupie kontrolnej (wszystkie $p < 0,05$, GSDMC $p < 0,001$). GSDMB i stosunek GSDMC/kreatyniny w moczu były istotnie niższe u pacjentów niż w grupie kontrolnej ($p < 0,05$). Stężenie GSDMC w surowicy było ujemnie skorelowane z liczbą czerwonych krwinek (RBC, *red blood cells*) ($R = -0,37$) i poziomem hemoglobiny (HGB) ($R = -0,26$), natomiast GSDME ze wskaźnikiem masy ciała (BMI, *body mass index*) ($R = -0,3$), trójglicerydami ($R = -0,32$) i glikemią ($R = -0,43$).

Wnioski: Biorąc pod uwagę znaczącą ekspresję wszystkich gazdermin w blaszkach łuszczykowych, wraz z ich wyższymi stężeniami w surowicy chorych na łuszczycę (z wyjątkiem GSDMD), wnioskujemy, że gazderminy mogą istotnie odgrywać rolę w patogeniezie łuszczyicy. Najprawdopodobniej wpływają one na proliferację, migrację i różnicowanie keratynocytów. GSDMC może być potencjalnie markerem lokalnej hipoksji w tkance łuszczykowej, podczas gdy GSDME — markerem powikłań metabolicznych w łuszczyicy. W przyszłości gazderminy mogą być rozważane jako potencjalne cele terapeutyczne.

ANALIZA ZABURZEŃ CZUCIA W TWARDZINIE OGRANICZONEJ

Mikołaj Łanocha, Bartosz Miziołek, Beata Bergler-Czop

Katedra i Klinika Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wstęp: Twardzina ograniczona to przewlekła choroba zapalna skóry prowadząca do rozwoju miejscowych stwardnień, przebarwień i zaników tkanek o wyraźnych brzegach. Zaburzenia czucia, świad i mrowienie są często zgłaszane przez pacjentów, choć problematyka ta jest słabo udokumentowana w literaturze. Jedyńie Ghosh i wsp. (Indian J Dermatol Venereol Leprol, 1989) opisali zaburzenia czucia temperatury u 71% pacjentów z twardziną ograniczoną. Celem badania była ocena

występowania zaburzeń czucia dotyku, temperatury i wibracji w obrębie ognisk twardziny ograniczonej.

Materiał i metody: Do badania zakwalifikowano pacjentów z plackowatą, pierwotnie zanikową, uogólnioną oraz liniową kończynową postacią twardziny ograniczonej, wykluczając postać głęboką, grudkową, typu cięcia szablą oraz zanik połowicy twarzy. Kryterium włączenia był brak leczenia przez ostatnie 3 miesiące. Kryteria wyłączenia obejmowały ciężą, niepełnosprawność intelektualną, współistniejące układowe choroby tkanki łącznej lub choroby przebiegające z neuropatią. Ogniska twardzinowe oceniano wizualnie pod względem występowania rumienia, dyspigmentacji lub braku zmian koloru. Mierzono grubość fałdu skóry fałdomierzem (*Skinfold Caliper, Baseline*), a wynik zestawiano z pomiarem w obszarze referencyjnym skóry zdrowej po stronie przeciwległej ciała lub w odległości 5 cm od ogniska twardzinowego. Oceniano dyskryminację dwupunktową z użyciem estezjometra (*Baseline Aesthesiometer*), czucie różnicy temperatury za pomocą urządzenia Tip-Therm oraz czucie wibracji za pomocą widełek stroikowych (64 i 128 Hz). Analogiczne pomiary czucia wykonano w referencyjnym obszarze skóry zdrowej, gdzie wcześniej dokonywano pomiaru grubości fałdu skórnoego.

Wyniki: Do badania włączono 21 pacjentów i łącznie 62 ogniska twardziny ograniczonej. Wykazano istotne statystycznie różnice w dyskryminacji dwupunktowej między ogniskami twardziny ograniczonej (średnia $59,5 \pm 19,9$ mm) i referencyjnym obszarem skóry zdrowej (średnia $45,5 \pm 16,2$ mm). Dyskryminacja dwupunktowa była zależna od lokalizacji ognisk (tułów vs. kończyny) oraz ich koloru (rumień vs. dyspigmentacja vs. brak zmiany koloru). Nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie czucia temperatury oraz wibracji.

Wnioski: Badanie wykazało wpływ twardziny ograniczonej na czucie dyskryminacji dwupunktowej, bez wpływu na czucie temperatury oraz wibracji.

BADANIA PREFORMULACYJNE PREPARATÓW HYDROŻELOWYCH INSULINY NA BAZIE POLOKSAMERU 407 ORAZ CHITOZANU POD KĄTEM WSPOMAGANIA TERAPII RAN PRZEWLEKŁYCH

Marcin Przybyła, Wiktorija Farbaniec, Aneta Ostróżka-Cieślik, Barbara Dolińska

Katedra i Zakład Technologii Postaci Leku, Wydział Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Przeprowadzone w ostatnich latach badania przedkliniczne i kliniczne wskazują na wysoką skuteczność preparatów insuliny w leczeniu ran przewlekłych, w szczególności owrzodzeń stopy cukrzycowej. Insulina wykazuje wielokierunkowe działanie stymulujące gojenie ran. Promuje ona proliferację i migrację keratynocytów, zwiększa syntezę kolagenu, zmniejsza stan zapalny i stres oksydacyjny. Aktualnie nie ma na rynku zarejestrowanego preparatu do stosowania miejscowego, zawierającego ten hormon. Celem badań było opracowanie hydrożelowego nośnika insuliny do naskórnej aplikacji.

Materiał i metody: Przygotowano formułację na bazie termowrażliwego Poloksameru 407 (30% m/v; F1) oraz jego połączenia z chitozaniem (30%, 2% m/v; F2), który wykazuje właściwości przeciwbakteryjne. Stężenie insuliny (Insulatard® Penfill®) w hydrożelach wynosiło 1 mg/g (28,57 j.m./g). Przeprowadzono badania preformulacyjne opracowanych preparatów, w tym dostępności farmaceutycznej z użyciem innowacyjnej membrany Strat-M®, imitującej budowę ludzkiej skóry. Analizie poddano również właściwości reologiczne hydrożeli, ich teksturę oraz pH.

Wyniki: Insulina uwalniała się z nośnika w sposób przedłużony, co eliminuje konieczność wielokrotnego aplikowania preparatu w ciągu dnia. Po 10 h badania, z hydrożeli uwolniono się 23% (F1) oraz 21% (F2) insuliny. Analiza reologiczna wykazała, że otrzymane preparaty są płynami nienewtonowskimi, rozrzedzanymi ścinaniem, o właściwościach tiksotropowych. Hydrożel na bazie P-407/chitozan z insuliną, pomimo obecności dodatkowego polimeru w podłożu, odznaczał się mniejszymi wartościami twardości oraz adhezji, wykazywał natomiast silniejszą kohezję w stosunku do hydrożelu P-407. Wartości elastyczności oraz relaksacji obu preparatów były bliskie jedności. Wartości pH formulacji wynosiły odpowiednio 7,45 (F1) oraz 5,35 (F2).

Wnioski: Opracowano preparaty dermatologiczne insuliny z możliwością ich sporządzania w warunkach receptury aptecznej. Formułacje farmaceutyczne wykazywały optymalną równowagę między parametrami reologicznymi i tekstury a łatwością ich aplikacji. Badane hydrożele przejawiają potencjał w projektowaniu termoczułego nośnika insuliny.

OCENA STRUKTURY I MORFOLOGII POWIERZCHNI WŁOSÓW PACJENTÓW Z LISZAJEM PŁASKIM MIESZKOWYM (LPP) ZA POMOCĄ MIKROSKOPII SIŁ ATOMOWYCH (AFM)

Karolina Krawczyk-Wołoszyn^{1,2}, Adam Reich²

¹Szkola Doktorska Uniwersytetu Rzeszowskiego

²Zakład i Klinika Dermatologii, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

Wstęp: Liszaj płaski mieszkowy (LPP, *lichen planus follicularis*) jest przewlekłą limfocytarną chorobą skóry przebiegającą z postępującym łysieniem bliznowacującym. Rozpoznanie LPP opiera się na badaniu histopatologicznym, choć nie zawsze jest ono jednoznaczne. Prezentowana praca ocenia skuteczność nieinwazyjnego badania włosów za pomocą mikroskopii sił atomowych (AFM, *atomic force microscopy*) w wykrywaniu różnic morfologicznych między włosami zdrowymi i chorymi.

Materiał i metody: W niniejszym badaniu od dziesięciorga pacjentów z LPP pobrano od trzech do pięciu włosów ze zmienionej chorobowo skóry. Każdy włos zbadano w dziewięciu ustalonych lokalizacjach za pomocą AFM. W każdym z dziewięciu miejsc wykonano co najmniej cztery zdjęcia AMF. Wykonano pomiary metryczne (długość, szerokość i wysokość odchylenia łuski) oraz oceniono morfologię powierzchni włókien włosów (prążkowania i gładka powierzchnia łusek włosa, kształt wolnych brzegów łusek, obecność takich cech morfologicznych jak: *endocuticle*, *cortex*, *scratches*, *pitting*, *cracks*, *globules*, *wavy edge*). Wyniki porównano z włosami pochodzącymi od zdrowych osób z grupy kontrolnej. Ponadto opisano obszary na włosach chorych, w których zachodzi proces patologiczny, nienaturalnego rozwarstwienia włókna włosa.

Wyniki: Stwierdzono istotną statystycznie różnicę w liczbie *scratches* w początkowych sekcjach włosów LPP, w intensywności *wavy edges* na całej długości badanych włosów oraz w liczbie łusek z *pits* w środkowej sekcji włosa. Ponadto w grupie LPP stwierdzono statystycznie istotnie większą liczbę łusek o prążkowanej powierzchni, począwszy od 3,5 cm od nasady, aż do wolnego końca włosa.

Wnioski: Niniejsze badanie przedstawia różnice pomiędzy dziewczynami, zdrowymi włosami rasy kaukaskiej a włosami pacjentów z LPP. Wyniki tego badania mogą być wykorzystane do dalszych badań i prac związanych z LPP. Jest to pierwsza próba scharakteryzowania włosów pacjentów z LPP za pomocą AFM.

AUTOMATYCZNA OCENA STADIUM AK NA PODSTAWIE OBRAZOWANIA DERMATOSKOPOWEGO I HFUS Z WYKORZYSTANIEM ALGORYTMÓW SZTUCZNEJ INTELIGENCJI

Anna Slian¹, Katarzyna Korecka², Adriana Polańska², Joanna Czajkowska¹

¹Politechnika Śląska

²Poznański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Rogowacenie słoneczne (AK, *actinic keratosis*) to schorzenie przyjmujące postać łuszczących się zmian, zlokalizowanych na twarzy, skórze głowy, grzbiecie dłoni i innych obszarach narażonych na działanie UV u pacjentów w podeszłym wieku. Do nieinwazyjnych metod diagnostycznych można zaliczyć dermatoskopię oraz ultrasonografię

wysokich częstotliwości (HFUS, *high frequency ultrasound*). Celem pracy jest opracowanie metody automatycznej oceny stopnia AK z wykorzystaniem algorytmów sztucznej inteligencji.

Materiał i metody: U 53 pacjentów z rozpoznaniem AK w wieku od 53 do 89 lat (mediana wieku 74 lata, 74% mężczyzn), przeprowadzono badania kliniczne, dermoskopowe i HFUS. Kliniką klasyfikację każdej zmiany oparto na trzystopniowej skali Olsena, a dermatoskopową na skali Zalaudek. Obrazy HFUS zostały zarejestrowane za pomocą urządzenia DermaScan C, Cortex Technology i sondy liniowej 20 MHz. Opracowany algorytm obejmuje automatyczną segmentację obrazów ultrasonograficznych, a następnie wyznaczenie cech opisujących morfologię, barwę i teksturę skóry warstw. Analiza zdjęć dermatoskopowych obejmuje zarówno wyznaczenie cech na podstawie barwy i tekstury oraz wyznaczenie ich za pomocą spłotowej sieci neuronowej, wytrenowanej na publicznie dostępnych zbiorach danych. Dwa zestawy cech wykorzystywane zostały w klasyfikacji opartej na maszynie wektorów nośnych.

Wyniki: Oceniono wpływ każdej modalności na końcową klasyfikację. Najbardziej obiecujące wyniki uzyskano dla analizy dermatoskopowej z wykorzystaniem modelu sieci neuronowej (dokładność 81%) i jego połączenia ze skanami ultrasonograficznymi (dokładność 79%).

Wnioski: Zastosowanie algorytmów sztucznej inteligencji w analizie obrazów dermatoskopowych i ultrasonograficznych może ułatwić ocenę stopnia zaawansowania AK i może być korzystne w praktyce klinicznej pod względem przewidywania ryzyka progresji.

OCENA WYBRANYCH METABOLITÓW SZLAKU KINURENINOWEGO W PATOGENEZIE ŁUSZCZYCY — BADANIE WSTĘPNE

Anna Stepaniuk¹, Anna Baran¹, Justyna Magdalena Hermanowicz², Beata Sieklucka², Dariusz Pawlak², Iwona Flisiak¹

¹Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Zakład Farmakodynamiki, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp: Łuszczyca jest ogólnoustrojowym schorzeniem o szerokiej współchorobowości. Tryptofan jest aminokwasem metabolizowanym w organizmie między innymi na drodze szlaku kinureninowego, który prowadzi do powstania licznych bioaktywnych metabolitów. Celem badania jest ocena stężeń metabolitów szlaku kinureninowego w próbkach krwi i moczu osób z łuszczycą oraz osób zdrowych.

Materiał i metody: Grupę badawczą stanowiło 60 osób chorujących na łuszczycę plackowatą, a grupę kontrolną 30 zdrowych ochotników. Od obu grup zostały pobrane próbki krwi i moczu, w których oznaczono tryptofan, kinureninę, kwas kinureninowy, L-kinureninazę, kwas kwiniolinowy, 2,3-dioksygenazę indoloaminy i 2,3-dioksygenazę tryptofanu. Przeprowadzono analizę statystyczną i sprawdzono korelację między parametrami stanu zapalnego, aktywnością choroby i wskaźnikami masy ciała (BMI, *body mass index*).

Wyniki: Stężenie kwasu kwiniolinowego, kwasu kinureninowego, tryptofanu we krwi i moczu (odpowiednio $p < 0,05$ i $p < 0,001$, $p < 0,05$ i $p < 0,05$ oraz $p < 0,001$ i $p < 0,001$) oraz 2,3-dioksygenazy indoloaminy i kinureniny we krwi było znacznie wyższe u osób z łuszczycą niż w grupie kontrolnej (odpowiednio $p < 0,05$ oraz $p < 0,05$). Stężenie kwasu kwiniolinowego w surowicy osób z łagodną i umiarkowaną łuszczycą było istotnie wyższe niż u osób zdrowych ($p < 0,05$). Stężenie 2,3-dioksygenazy tryptofanu w surowicy było istotnie statystycznie niższe w grupie badanej niż w grupie kontrolnej ($p < 0,05$). Stężenie tryptofanu w surowicy pacjentów z łagodną, umiarkowaną i ciężką łuszczycą było istotnie wyższe niż w grupie kontrolnej ($p < 0,001$). Stężenie 2,3-dioksygenazy tryptofanu w surowicy było istotnie niższe u pacjentów z łagodną łuszczycą i znacznie wyższe u ciężkiej łuszczycy niż w grupie kontrolnej ($p < 0,05$). Stężenie kinureniny u pacjentów z zarówno łuszczycą łagodną, umiarkowaną jak i ciężką było istotnie wyższe niż w grupie osób zdrowych ($p < 0,05$).

Wnioski: U osób chorujących na łuszczycę występuje znaczne zwiększenie przemian tryptofanu w szlaku kinureninowym w porównaniu z osobami zdrowymi. Zaobserwowane zależności sugerują, że substancje te mogą potencjalnie znaleźć zastosowanie jako swoiste markery procesu zapalnego w łuszczycy oraz wspomagać prognozowanie przebiegu i nasilenia choroby, co może przyczynić się do lepszego zrozumienia patogenyzy łuszczycy oraz opracowania nowych metod leczenia.

WPLYW IZOTRETYNOINY NA UKŁAD BIAŁOKRWINKOWY

Joanna Górak, Beata Imko-Walczuk, Marta Chojnowska

Poradnia Przyszpitalna Skórno-Wenerologiczna Szpitala COPERNICUS w Gdańsku

Wstęp: Izotretynoina, będąca pochodną witaminy A, jest szeroko stosowana w leczeniu ciężkich postaci trądziku zwykłego oraz różowatego. Mimo wysokiej skuteczności jej stosowanie wiąże się z potencjalnymi działaniami niepożądanymi, w tym wpływem na układ białokrwinkowy. Sugerowanym mechanizmem jest zmniejszenie reakcji zapalnej leukocytów poprzez hamowanie chemotaksji i zmniejszanie ekspresji receptorów Toll-podobnych, co powoduje osłabienie odpowiedzi immunologicznej neutrofilii i monocytów. Celem pracy było zbadanie zmian zachodzących w leukocytach i limfocytach pacjentów leczonych izotretynoiną, w różnych punktach czasowych terapii u pacjentów leczonych izotretynoiną. W niniejszej pracy przedstawiono dane pilotażowe z badania.

Materiał i metody: Przeprowadzono retrospektywną analizę danych morfologii krwi ponad 80 pacjentów, w wieku 16–57 lat, z Poradni Skórno-Wenerologicznej szpitala Copernicus w Gdańsku, leczonych izotretynoiną w latach 2020–2024. Zakończenie badania planowane jest we wrześniu 2025 roku. U pacjentów porównano liczbę leukocytów, neutrofilii, limfocytów, monocytów oraz eozynofili przed rozpoczęciem terapii, a następnie w okresie 6 miesięcy od rozpoczęcia terapii oraz po zakończeniu terapii. Średni czas terapii wyniósł 8–10 miesięcy. Stosowano dawki izotretynoiny w zakresie 10–40 mg. Żaden z włączonych chorych nie stosował innych leków mających supresyjny wpływ na układ białokrwinkowy. Został również uwzględniony wpływ takich czynników jak palenie papierosów, pleć, waga czy wzrost.

Wyniki: Wstępne wyniki analizy wykazały statystycznie istotne zmniejszenie liczby neutrofilii i leukocytów w trakcie terapii izotretynoiną, przy czym największe zmiany zaobserwowano po 6 miesiącach leczenia. Liczba limfocytów, monocytów oraz eozynofili nie uległa istotnym zmianom w porównaniu do wartości wyjściowych. U żadnego z pacjentów nie odnotowano leukopenii, która wymagałaby przerwania terapii. Obserwowane zmiany były odwracalne i powracały do wartości wyjściowych po zakończeniu leczenia.

Wnioski: Podsumowując, izotretynoina wpływa na układ białokrwinkowy, obniżając liczbę leukocytów, głównie neutrofilii. Zmiany te są jednak przejściowe i rzadko mają znaczenie kliniczne, co potwierdza bezpieczeństwo stosowania izotretynoiny u pacjentów z trądzikiem. Dalsze badania są wskazane w celu oceny długoterminowych skutków terapii u pacjentów z predyspozycjami do zaburzeń hematologicznych.

OCENA STĘŻENIA INTERLEUKIN 36, 37 ORAZ 38 W SUROWICY CHORYCH NA PIODERMIE ZGORZELINOWĄMagdalena Łyko¹, Klaudia Rubas¹, Anna Ryguła², Danuta Nowicka-Suszko¹, Joanna Maj¹, Alina Jankowska-Konsur¹¹Uniwersyteckie Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu²Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej, Uniwersyteckie Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp: Piodermia zgorzelinowa (PG, *pyoderma gangrenosum*) to rzadkie schorzenie dermatologiczne charakteryzujące się szybkim rozwojem owrzodzeń. Jej patogenezą pozostaje nieznaną, co utrudnia opracowanie skutecznych terapii. Rodzina interleukin IL-36 (IL-36α, IL-36β, IL-36γ) oddziałuje z receptorem IL-36R, podczas gdy IL-36Ra, IL-37 i IL-38 działają jako jego antagoniści, modulując procesy zapalne. Pomimo opisywanego udziału tych cytokin w innych schorzeniach autoimmunologicznych, ich rola w PG jest nadal niejasna. Celem badania była ocena stężenia interleukin z rodziny IL-36 w surowicy pacjentów z PG oraz ich związku z parametrami klinicznymi.

Materiał i metody: Badaniem objęto 44 dorosłych pacjentów z PG, z czego 65,9% stanowiły kobiety oraz 40 zdrowych ochotników, odpowiednio dobranych pod względem płci i wieku. Kryteria wykluczenia obejmowały aktywne choroby współistniejące, nowotwory oraz infekcje. Z uczestnikami badania zebrano szczegółowy wywiad. Oceniano m.in. liczbę, wymiary i powierzchnię owrzodzeń oraz pobrano surowicę do oznaczenia stężenia IL-36α, IL-36β, IL-36γ, IL-36Ra, IL-37 i IL-38. Stężenie interleukin w surowicy oznaczono metodą immunoenzymatyczną ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay).

Wyniki: Pacjenci z PG mieli niższe stężenia IL-36α ($p = 0,0003$) i IL-36γ ($p = 0,02$) oraz wyższe IL-36Ra, IL-37 i IL-38 (wszystkie $p < 0,001$) w porównaniu z grupą kontrolną. Stwierdzono dodatnią korelację między IL-36β a IL-36α ($r = 0,4$, $p = 0,001$) i IL-36γ ($r = 0,2$, $p = 0,02$) oraz ujemne korelacje między IL-36γ a liczbą leukocytów ($r = -0,33$, $p = 0,028$) i IL-36α a powierzchnią owrzodzeń ($r = -0,4$, $p = 0,003$). Ujemną korelację obserwowano również pomiędzy IL-36γ a IL-38 ($r = -0,2$, $p = 0,03$) i IL-36α a IL-36Ra ($r = -0,4$, $p = 0,001$).

Wnioski: Obniżone stężenia IL-36α i IL-36γ oraz podwyższone stężenia IL-36Ra, IL-37 i IL-38 w surowicy pacjentów z PG w porównaniu z zdrowymi osobami sugerują, że dysregulacja tych cytokin może odgrywać rolę w patogenezie PG. Potrzebne są dalsze badania w celu zrozumienia ich wpływu, co może przyczynić się do opracowania nowych strategii terapeutycznych w tej trudnej do leczenia dermatozie.

CIEKAWY OPISY PRZYPADKÓW**PREZENTACJA PRZYPADKÓW I****PEMFIGOID CIĘŻARNYCH — OPIS PRZYPADKU**

Monika Grochowska-Rak, Arleta Grabowska, Violetta Karlińska-Jonkisz, Katarzyna Kulig

Oddział Dermatologiczny, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Belchatowie

Wstęp: Przedstawiono przypadek pacjentki w 22. tygodniu ciąży, u której rozpoznano rzadką dermatozę ciążową — pemfigoid gestationis. Pemfigoid ciężarnych jest rzadką podnaskórkową autoimmunologiczną chorobą pęcherzową należącą do grupy specyficznych dermatoz ciążowych. Charakteryzuje się intensywnie swędzącymi zmianami pokrzywkowymi i/lub zmianami pęcherzowymi, które zwykle rozpoczynają się w okolicy okołopępkowej. Dane epidemiologiczne wskazują, że pemfigoid ciężarnych występuje z częstością 1:20 000–1:50000 ciąż. Zwykle pojawia się ona w III, rzadziej w II, a sporadycznie w I trymestrze ciąży.

Materiał i metody: Pacjentka 29-letnia, będąca w 22. tygodniu drugiej ciąży, została przyjęta na oddział dermatologiczny z powodu zmian rumieniowo-obrzękowych z obecnością centralnie położonych pęcherzyków zlokalizowanych głównie na skórze brzucha w okolicy okołopępkowej oraz na skórze ud i przedramion z towarzyszącym silnym świądem. Pacjentka negowała występujące w przeszłości choroby skóry, alergię, przyjmowanie jakichkolwiek leków, w tym antykoncepcyjnych, czy występowanie gorączki. Przed przyjęciem do oddziału pacjentka była leczona antybiotykiem miejscowym (neomycyna) oraz antybiotykiem doustnym (amoksycylina) — bez poprawy.

Wyniki: Obraz kliniczny sugerował chorobę pęcherzową, więc wykonano następujące badania: test immunofluorescencji bezpośredniej (DIF), test immunofluorescencji pośredniej (IIF) połączony z badaniem splitu skórniego oraz test immunoenzymosorpcyjny ELISA. Test DIF wykazał depozyty IgG (+) i komplementu C3 (+++) wzdłuż błony podstawnej. Test IIF wykonany na przełyku małpy nie wykazał depozytów przeciwciał, jednak zaobserwowano niespecyficzne, ziarniste świecenie w przestrzeniach międzykomórkowych, mogące blokować reakcję na przełyk małpy. Test splitu skórniego wykazał reakcję przeciwciał

krążących w pokrywie pęcherza. Test ELISA potwierdził obecność krążących przeciwciał IgG przeciwko BP180 w mianie 1:40. Przeciwciała przeciwko BP230 były nieobecne.

Wnioski: Na podstawie obrazu klinicznego oraz wykonanych badań dodatkowych ustalono rozpoznanie pemfigoidu ciężarnych i włączono terapię systemową — zastosowano steroidoterapię systemową jako „złoty standard” — prednizolon w dawce dobowej 40 mg (0,5 mg/kg m.c.), uzyskując zahamowanie wysiewu nowych zmian skórnych oraz stopniową redukcję istniejących. Ponieważ pacjentka nie mogła uczestniczyć w kontrolnych wizytach w ośrodku rozpoczynającym leczenie, brak jest informacji o dalszym przebiegu choroby.

MNOGIE RAKI PODSTAWNOKOMÓRKOWE JAKO NASTĘPSTWO PRZEBYTEJ RADIOTERAPII Z POWODU CHŁONIAKA HODKINA

Małgorzata Maria Sadowska, Magdalena Pałdyna,
Ewelina Biało-Wójcicka

Oddział Dermatologii Dorosłych, Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie

Wstęp: Promieniowanie jonizujące jest znanym czynnikiem nowotworogennym u człowieka. U pacjentów dochodzi do zwiększenia ryzyka powstania raków podstawnocomórkowych w miejscach poddawanych radioterapii.

Materiał i metody: Opis pacjentki z mnogimi rakami podstawnocomórkowymi jako skutek radioterapii.

Wyniki: Pacjentka 42-letnia została przyjęta na oddział dermatologii z powodu zmian skórnych w górnej części tułowia, pierwotnie rozpoznawanych jako łuszczycowe, jednak bez poprawy po zastosowaniu miejscowych glikokortykosteroidów i preparatów łączonych z kalcyptriolem. Pacjentka 25 lat wcześniej została poddana radioterapii z powodu chłoniaka Hodkina. Przy przyjęciu uwagę zwracały zmiany rumieniowe w górnej części klatki piersiowej. Obraz dermoskopowy odpowiadał typowi powierzchownemu raka podstawnocomórkowego, co potwierdziło badanie histopatologiczne. Wykluczono zespół Gorlina–Goltza. Zmiany poddano terapii fotodynamicznej oraz leczeniu miejscowemu preparatem z fluorouracylem. Pacjentka pozostaje pod kontrolą dermatologiczną.

Wnioski: Radioterapia stanowi czynnik ryzyka rozwoju raka podstawnocomórkowego. W przypadku pacjentów z mnogimi rakami podstawnocomórkowymi w diagnostyce różnicowej należy uwzględnić zespół Gorlina–Goltza.

NIETYPOWY OBRAZ KLINICZNY PACJENTKI Z ROZPOZNANIEM PEMFIGOIDU PĘCHERZOWEGO

Aleksandra Kośny, Agnieszka Żebrowska

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej — Centralnego Szpitala Weteranów w Łodzi

Wstęp: Pemfigoid pęcherzowy to jednostka chorobowa, w której mogą początkowo pojawiać się zmiany rumieniowe, grudkowe, a następnie napięte pęcherze na tułowiu i kończynach z towarzyszącym silnym świądem skóry. Gojenie się nadżerek po pękniętych pęcherzach może ustępować z pozostawieniem blizn, a także prosaków, co nie zdarza się często w przypadku tego rozpoznania, ale charakteryzuje inne choroby pęcherzowe — porfirię skórną późną i nabyte pęcherzowe oddzielenie się naskórka. Ostateczne rozpoznanie u pacjenta z obecnością pęcherzy ustalić można na podstawie całości obrazu klinicznego i wyników badań dodatkowych. Prezentacja przypadku ma na celu opis pacjentki z nietypową postacią pemfigoidu pęcherzowego, a także toku postępowania, które doprowadziło do ostatecznego rozpoznania.

Materiał i metody: Opis przypadku opracowano na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej powstałej podczas hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych pacjentki w Centrum Diagnostyczno-Leczniczym Chorób Skóry USK im. WAM-CSW w Łodzi.

Wyniki: Pacjentka, 55-letnia, była kilkakrotnie hospitalizowana w klinice dermatologii i pozostawała pod opieką poradni dermatologicznej z powodu pojawiających się od 2 lat zmian skórnych. Według relacji chorej

zmiany początkowo miały charakter rumieniowy i były zlokalizowane w obrębie przedramion, a następnie, około pół roku przed przyjęciem, zaczęły pojawiać się pęcherze obejmujące skórę tułowia i kończyn, które pękały z wytworzeniem nadżerek, gojących się z pozostawieniem blizn i prosaków. Pacjentka zgłaszała, że najwięcej zmian pojawiało się w miejscach narażonych na urazy; negowała dolegliwości, w tym świąd, a także choroby przewlekłe, uczulenia, leki przyjmowane na stałe. Wywiad rodzinny w kierunku chorób dermatologicznych był negatywny. Pacjentka zgłaszała zawodowe narażenie na promieniowanie słoneczne.

Wnioski: Obraz kliniczny początkowo sugerował rozpoznanie porfirii skórnej późnej, w związku z czym trzykrotnie wykonywano dobową zbiórkę moczu celem oznaczenia porfiry. W rozpoznaniu różnicowym wzięto również pod uwagę choroby pęcherzowe i chorobę Duhringa. Łącznie wykonano trzykrotnie badanie histopatologiczne wycinka skórnego, dwukrotnie badanie immunopatologiczne oraz wykonywano panele przeciwciał w kierunku chorób pęcherzowych. Ostatecznie na podstawie obecności w DIF złogów IgG (+++) oraz C (+) wzdłuż błony podstawnej rozpoznano pemfigoid pęcherzowy i włączono leczenie. Przedstawiony przypadek kliniczny był wyzwaniem diagnostycznym, mimo dostępności szerokiego panelu badań diagnostycznych. Ostateczne rozpoznanie pemfigoidu pęcherzowego ukazało, jak różny może być obraz kliniczny pacjenta z tą chorobą i jak ważne jest wzięcie pod uwagę mniej oczywistych rozpoznań.

PENILE PYODERMA GANGRENOSUM (PPG) — PRZYPADEK NAWRACAJĄCEGO OWRZODZENIA PRĄCIA U 50-LETNIEGO PACJENTA

Alicja Siennicka, Agnieszka Żebrowska, Magdalena Kutwin

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Piodermia zgorzelinowa charakteryzuje się występowaniem bolesnych owrzodzeń, szybko postępujących pod wpływem urazów. W postaci klasycznej proces chorobowy zajmuje typowo kończyny dolne. Obraz histopatologiczny jest niecharakterystyczny. Piodermia zgorzelinowa nie rzadko towarzyszy innym schorzeniom, takim jak nieswoiste choroby zapalne jelit, reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) czy sarkoidoza. Izolowana piodermia zgorzelinowa prącia jest niezwykle rzadką jednostką chorobową, której przypadków opisano dotychczas kilkanaście. Prezentacja przypadku ma na celu podkreślenie potrzeby wczesnego rozpoznania choroby, co pozwala uniknąć okaleczających skutków.

Materiał i metody: Opis przypadku opracowano na podstawie dokumentacji medycznej zgromadzonej podczas hospitalizacji pacjenta w Klinice Dermatologii i Wenerologii USK nr 2 w Łodzi oraz podczas wizyt ambulatoryjnych w poradni dermatologicznej.

Wyniki: Pacjent 50-letni, chorujący na sarkoidozę węzłowo-płucną i nieswoiste zapalenie jelit, zgłosił się z powodu bolesnego owrzodzenia prącia, które pojawiło się dwa miesiące po operacji z powodu stulejki. Początkowo zmiana miała charakter guzka, a następnie owrzodzenia. Z tego powodu pacjenta hospitalizowano na oddziale urologii, gdzie w odstępie sześciu miesięcy dwukrotnie wycięto w całości zmianę. Wyniki badań histopatologicznych były niespecyficzne, bez cech rozrostu atypowego. Początkowo sugerowano zmiany w przebiegu kiły lub *lichen sclerosus*. W drugim badaniu padła sugestia postaci wrzodziejącej *penile pyoderma gangrenosum*. Na podstawie obrazu klinicznego i wyników badań dodatkowych rozpoznano u chorego piodermię zgorzelinową prącia.

Wnioski: Leczenie PPG nie różni się znacznie od klasycznej postaci piodermii zgorzelinowej. U pacjenta włączono prednison i cyklosporynę, uzyskując szybka poprawę kliniczną. Po dwóch miesiącach od rozpoczęcia leczenia owrzodzenie było całkowicie zagojone, ustąpiły dolegliwości bólowe, a także zmniejszyła się ilość wypróżnień i krwistych stolców w przebiegu zapalenia jelit. Mimo że piodermia zgorzelinowa prącia jest niezwykle rzadkim rozpoznaniem, powinna być ona brana pod uwagę u pacjentów z nieogójkami się owrzodzeniami prącia. Wczesne rozpoznanie pozwala włączyć właściwe leczenie farmakologiczne i uniknąć zabiegów operacyjnych, które zaostrzają przebieg choroby.

SPOROTRYCHOZA — RZADKA PAMIĄTKA Z PODROŻY

Joanna Cudzik-Dziurzyńska^{1,2}, Aleksandra Błaszczak¹,
Monika Kucharczyk^{1,2}, Beata Kręcisz^{1,2}

¹Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce
²Klinika Dermatologii, Wojewódzki Szpital Zespólny, Kielce

Wstęp: Sporotrychoza jest infekcją wywołaną przez dimorficzny grzyb z rodzaju *Sporothrix*. Choroba ta, często określana jako „choroba hodowców róż” lub „choroba ogrodników”, jest zwykle przenoszona przez kontakt z roślinami lub glebą. Zakażenie powoduje rozwój krosty, a następnie owrzodzenia, rozprzestrzeniając się przez układ limfatyczny. Grzybica może dotyczyć zarówno ludzi, jak i zwierząt, a w ostatnich latach obserwuje się globalny wzrost liczby przypadków oraz rozszerzenie geograficzne sporotrychozy, co może być związane z globalną turystyką.

Materiał i metody: Opis przypadku.

Wyniki: Pacjentka, 24-letnia, zgłosiła się do kliniki dermatologii z powodu bolesnych zmian skórnych o morfologii guzków podskórnych, o zabarwieniu sino-czerwonym i średnicy od 0,5 do 3 cm, zlokalizowanych na bocznej powierzchni lewego uda, częściowo z rozpadem na szczycie. Guzki układały się linijnie wzdłuż przebiegu naczyń limfatycznych od talerza biodrowego do dołu podkolanowego. Największa pojedyncza zmiana zlokalizowana była w dole podkolanowym lewym, tkliwa przy palpacji, z sączącą się treścią ropno-krwistą. Objawy pojawiły się 3 tygodnie po powrocie z Madagaskaru, gdzie pacjentka miała bezpośredni kontakt z lemurami. Pacjentka zaprzeczyła wystąpieniu urazu. Leczenie ambulatoryjne maścią ichtiolową nie przyniosło poprawy. Podczas hospitalizacji wykonano badania mikrobiologiczne, mykologiczne i histopatologiczne. Mimo że posiew tlenowy wykazał obecność *Staphylococcus aureus* (MSSA), a badanie mykologiczne było ujemne, histopatologia ujawniła ostry odczyn zapalny z komponentą eozynofilową oraz barwienie na obecność grzybów uwidoczniło zarodniki (PAS, GMS II+). Początkowo, na podstawie wyników badania mikrobiologicznego, włączono antybiotykoterapię celowaną (klindamycynę oraz biofuroksym), jednak nie uzyskano satysfakcjonującej poprawy. Po otrzymaniu wyników badania histopatologicznego, w którym potwierdzono obecność zarodników grzybów, postawiono rozpoznanie sporotrychozy i włączono itraconazol na 3 miesiące, uzyskując poprawę kliniczną i ustąpienie zmian skórnych.

Wnioski: Kluczowym elementem w diagnostyce sporotrychozy jest wykonanie badania histopatologicznego, gdyż badanie mykologiczne może dać wynik fałszywie ujemny. Itraconazol w połączeniu z odpowiednią terapią miejscową wydaje się być skuteczną opcją terapeutyczną w leczeniu sporotrychozy.

ZESPÓŁ BUSCHKEGO–OLLENDORFF U 12-LETNIEJ DZIEWCZYNI

Marcelina Kądziała, Agnieszka Żebrowska

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Przedstawiono przypadek 12-letniej pacjentki z rozpoznaniem twardziny ograniczonej głębokiej.

Materiał i metody: Pierwsze zmiany skórne pojawiły się w wieku dwóch lat na lewym ramieniu i barku, wykazując tendencję do twardnienia i zaniku. Dotychczas pacjentka była leczona prednizonem, pulsami metyloprednizolonu, metotreksatem, azatiopryną, cyklosporyną A, mykofenolanem mofetylu oraz IVIG, jednak bez wyraźnej poprawy. W 2021 roku włączono leczenie tocilizumabem, jednak z powodu dalszej progresji choroby terapię przerwano. W 2023 roku pacjentka została zakwalifikowana do terapii tofacytynibem, z powodu braku efektów leczenia przerwano, kontynuując terapię encortonem i azatiopryną. W czerwcu 2024 roku pacjentka została przyjęta do kliniki dermatologii. W badaniu przedmiotowym stwierdzono obecność stwardniałych blaszek podskórnych o budowie zrazikowej, układających się liniowo na lewej kończynie dolnej wzdłuż dermatomu. Skóra w tych miejscach miała nierówną powierzchnię. Ponadto widocznych było kilka rozsianych, okrągłych nacieków na plecach, prawym pośladku oraz na lewym udzie. Pacjentka zgłaszała występowanie bólu kończyn dolnych oraz lewego barku, bez towarzyszących obrzęków i sztywności porannej. W badaniu RTG kolan i podudzi opisano ubytek struktury kostnej w przynasadzie dalszej kości udowej prawej (*fibroma non ossificans*).

Wyniki: Wyniki badań laboratoryjnych były w normie, a wynik ANA wyniósł 1:80. Pacjentce zalecono fototerapię UVA1 oraz pobrano głęboki wycinek ze zmiany skórnej na ramieniu do badania histopatologicznego. W badaniu histopatologicznym stwierdzono: „Pod niezmiennym naskórkiem skóra właściwa o typowej strukturze z nieco pogrubiałymi pasmami kolagenu, bez zmniejszonej populacji fibrocytów, z ogniskowym zanikiem/zwyrodnieniem włókien elastynowych (EVG) i dyskretnym gromadzeniem mucyn”. Obraz histopatologiczny przemawiał za rozpoznaniem elastomy. Ze względu na całościowy obraz kliniczny oraz wynik badania histopatologicznego, podjęto decyzję o rezygnacji z pierwotnej diagnozy i rozszerzeniu diagnostyki w kierunku zespołu Buschkego–Ollendorffa. Zespół ten charakteryzuje się współwystępowaniem licznych, małych znamion łącznotkankowych oraz osteopoikilozy kości długich, miednicy, rąk i stóp.

Wnioski: Podkreślono trudności diagnostyczne, jakie niesie za sobą ta jednostka chorobowa, oraz wskazano na konieczność uwzględnienia jej w diagnostyce różnicowej zmian twardzinowych.

SARKOIDOZA UKŁADOWA Z MANIFESTACJĄ SKÓRNĄ W OBRĘBIE TATUAŻU — POWIKŁANIE ZWIĄZANE Z TATUAŻEM CZY SZCZEPIENIEM PRZECIWKO SARS-COV-2?

Michał Niedźwiedź¹⁻³, Marta Matych², Małgorzata Skibińska^{1,2},
Joanna Narbutt^{1,2}, Aleksandra Lesiak^{1,2,4}

¹Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Oddział Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi

³Międzynarodowa Szkoła Doktorska Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

⁴Pracownia Dermatyz Autozapalnych, Genetycznych i Rzadkich Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Sarkoidoza jest chorobą ziarniniakową, która może wpływać na wiele układów organizmu. Objawy skórne występują w około 25% przypadków. Reakcja sarkoidalna w miejscu tatuażu jest dobrze opisanym zjawiskiem. Zmiany skórne w sarkoidozie zazwyczaj nie mają znaczenia prognostycznego, z wyjątkiem rumienia guzowatego i tak zwanego *lupus pernio*, które są związane z samoistnie ustępującą sarkoidozą oraz cięższymi objawami ogólnoustrojowymi. Celem pracy jest przedstawienie przypadku pacjenta z sarkoidozą, u którego zmiany skórne były zlokalizowane w obrębie tatuaży.

Materiał i metody: Pacjent, 37-letni, został przyjęty na oddział dermatologii z powodu guzkowatych zmian skórnych zlokalizowanych w obrębie tatuaży. W marcu 2021 roku, dwa tygodnie po szczepieniu przeciwko SARS-CoV-2, u pacjenta wystąpiły suche kaszel oraz świąd w obrębie tatuaży, któremu towarzyszył ból kończyn. W odpowiedzi na zmiany skórne pacjent otrzymał w warunkach ambulatoryjnych roztwór zawierający dipropionian betametazonu oraz sól sodową fosforanu betametazonu, co doprowadziło do remisji zmian skórnych. W styczniu 2023 roku zmiany w obrębie tatuaży nawróciły, a pacjent zgłosił również zapalenie błony naczyniowej obu oczu. Wówczas włączono leczenie cyklosporyną (100 mg/dobę, 1,33 mg/kg m.c.) oraz metotreksatem (10 mg/tydzień), jednak zmiany skórne nie ustąpiły całkowicie. W marcu 2024 roku pacjent został hospitalizowany na oddziale kardiologii z powodu zapalenia mięśnia sercowego. W związku z jego historią medyczną pobrano wycinek do badania histopatologicznego, który potwierdził rozpoznanie sarkoidozy.

Wyniki: Na podstawie wywiadu klinicznego oraz wyniku badania histopatologicznego, u pacjenta rozpoznano sarkoidozę. Wprowadzono ogólną steroidoterapię oraz kontynuowano leczenie cyklosporyną. Pacjent został skierowany na pogłębioną diagnostykę kardiologiczną, okulistyczną i pulmonologiczną.

Wnioski: W literaturze opisywano już przypadki sarkoidozy skórnej i układowej związanej z tatuażami. Istnieją również doniesienia o szczepionkach przeciwko grypie oraz szczepionce *Bacillus Calmette–Guérin* jako czynnikach indukujących sarkoidozę. Szczepienia przeciwko COVID-19 powiązane z wystąpieniem różnych chorób zapalnych i autoimmunologicznych, w tym sarkoidozy. Opisany przypadek podkreśla, że zmiany w obrębie tatuaży mogą być pierwszym klinicznym objawem sarkoidozy i mogą być rozważane jako możliwe powikłanie po szczepieniu przeciwko SARS-CoV-2.

PĘCHERZYK NA STOPIE CZY ZAGRAŻAJĄCA ŻYCIU CHOROBA? PEMFIGOID DYSHYDROTYCZNY JAKO RZADKA ODMIANA PEMFIGOIDU MOGĄCA IMITOWAĆ CZĘSTE SCHORZENIA DERMATOLOGICZNE

Aleksandra Małolepsza, Agnieszka Żebrowska, Katarzyna Juczyska
Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Pemfigoid pęcherzowy jest najczęstszą autoimmunizacyjną chorobą pęcherzową charakteryzującą się występowaniem pęcherzy o dobrze napiętej pokrywie na podłożu rumieniowym i skórze pozornie niezmiętej oraz nasilonego świądu. Występuje najczęściej u osób w podeszłym wieku i może być indukowany lekami. Istnieje kilka nietypowych odmian pemfigoidu, w tym rzadka postać dyshydrotyczna obejmująca dłonie i stopy.

Materiał i metody: W marcu 2024 roku do kliniki dermatologii i wenerologii zgłosiła się 86-letnia pacjentka z powodu zmian rumieniowo-grudkowych na tułowiu i podudziach. Zmianom skórnym towarzyszył świąd 10/10 w skali numerycznej. W trakcie hospitalizacji zaobserwowano pojawienie się na stopach pęcherzyków i pęcherzy o dobrze napiętej pokrywie na podłożu rumieniowym. Zmiany takie można zaobserwować między innymi w przebiegu często występujących chorób dermatologicznych, takich jak wyprysk dyshydrotyczny lub grzybica dłoni i stóp. Zdecydowano jednak o pogłębieniu diagnostyki w kierunku chorób pęcherzowych. Oznaczono przeciwciała pęcherzowe metodą IF i ELISA oraz pobrano wycinek skóry do badania histopatologicznego i DIF.

Wyniki: W badaniu DIF uwidoczono liniżne złogi IgG i C3 na granicy skórno-naskórkowej. Na podstawie obrazu klinicznego, wykonanych badań oraz przeprowadzonej diagnostyki różnicowej rozpoznano pemfigoid dyshydrotyczny. Do leczenia włączono metotreksat oraz propionian klobetazolu w kremie uzyskując stopniowe ustępowanie zmian skórnych.

Wnioski: Pemfigoid dyshydrotyczny jest to choroba potencjalnie mogąca zagrażać życiu, której diagnostyka stanowi istotne wyzwanie. U pacjentów ze zmianami pęcherzowymi niepoddającymi się leczeniu konieczne jest poszerzenie diagnostyki, a badanie wycinka skóry metodą DIF stanowi nadal „złoty standard” diagnostyki autoimmunologicznych chorób pęcherzowych. Trafna diagnoza i odpowiednio wcześniej włączone leczenie są kluczowe dla tych pacjentów, zwłaszcza w kontekście obciążeń związanych z wielochorobowością i nowych leków mogących indukować pemfigoid.

OKO W OKO Z NEISSERIĄ: PRZYPADK NIESPODZIEWANEGO SPOTKANIA

Barbara Roguska, Stanisław Anczyk
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Rzeżączka (zakażenie *Neisseria gonorrhoeae*) stanowi drugą co do częstości chorobę przenoszoną drogą płciową w Unii Europejskiej, ustępując jedynie chlamydiozie. Mechanizm przenoszenia zakażenia opiera się na bezpośrednim kontakcie błon śluzowych z wydzieliną zakaźną, najczęściej podczas stosunków seksualnych. Typowymi objawami klinicznymi u mężczyzn jest zapalenie cewki moczowej, natomiast u kobiet objawową postać obserwuje się najczęściej jako zapalenie kanału szyjki macicy. Oprócz narządów moczowo-płciowych stan chorobowy może objąć także odbytnicę, gardło czy spojówki.

Materiał i metody: Poniższa praca stanowi opis przypadku pacjenta z rzadko spotykaną manifestacją rzeżączki.

Wyniki: Pacjent lat 38 zgłosił się do poradni okulistycznej z powodu objawów ocznych dotyczących oka prawego. Stwierdzono znaczną ilość ropnej wydzieliny z worka spojówkowego, z nieznacznym subiektywnym pogorszeniem widzenia oka prawego. Tydzień wcześniej pacjent odczuwał dyskomfort podczas oddawania moczu. Pacjent negował wydzielinę z cewki moczowej oraz inne objawy. Wyniki pobranego wymazu wydzieliny z worka spojówkowego wykazały zakażenie bakterią *Neisseria gonorrhoeae*. Włączono leczenie moxifloksacyną, tobramycyną i glukonianem chlorksydny oraz podano jednorazowo 500 mg ceftriaksonu (*i.m.*). Po 14 dniach stwierdzono ustąpienie objawów.

Wnioski: Rzeżączka, choć najczęściej kojarzona z infekcją układu moczowo-płciowego, może przybierać różne formy kliniczne. Rzeżączkowe zapalenie spojówek, zwłaszcza u dorosłych, stanowi istotne wyzwanie diagnostyczne ze względu na swoją rzadkość. Opóźniona diagnoza

może prowadzić do poważnych powikłań, takich jak utrata wzroku czy zakażenie ogólnoustrojowe. Przedstawiony przypadek podkreśla konieczność posiadania szerokiej wiedzy medycznej i kompleksowej diagnostyki pacjenta i spojrzenia na organizm jako całość, a nie skupiania się jedynie na jednym obszarze wchodzącym w naszą specjalność.

OCENA SKUTECZNOŚCI BEZIGŁOWEGO PODAWANIA KWASU POLI-D,L-MLEKOWEGO Z WYKORZYSTANIEM SYSTEMU PNEUMATYCZNEGO W LECZENIU ZANIKOWYCH BLIZN POTRĄDZIKOWYCH: ANALIZA PRZYPADKÓW KLINICZNYCH

Aleksandra Rosiak-Buller^{1,2}, Bartłomiej Kwiek^{1,2}, Marcin Ambroziak^{1,2}

¹Klinika Ambroziak

²Uczelnia Łazarzskiego

Wstęp: Według piśmiennictwa nawet 95% pacjentów z trądzikiem jako powikłanie rozwija blizny. Blizny zanikowe, które najczęściej lokalizują się na policzkach, stanowią istotny problem estetyczny i psychologiczny, znacznie obniżając jakość życia pacjentów. Pomimo dostępności wielu metod terapeutycznych, leczenie blizn zanikowych, przebiegających z atrofią kolagenu nadal pozostaje wyzwaniem. Niniejsza praca prezentuje nowatorską metodę terapii zanikowych blizn potrądzikowych, wykorzystującą kwas poli-D,L-mlekowy oraz pneumatyczne urządzenie do iniekcji bezigłowej. Kwas poli-D,L-mlekowy jest uznawany za skuteczny stymulator produkcji kolagenu i jest stosowany w zabiegach mających na celu poprawę struktury skóry.

Cel: Ocena skuteczności zastosowania pneumatycznego systemu dostarczania leków i kwasu polimlekowego w redukcji atroficznych blizn potrądzikowych na pacjentach populacji europejskiej.

Materiał i metody: Użyto certyfikowanego urządzenia do bezigłowej iniekcji, które pozwala na precyzyjne dostarczenie substancji w dno blizny z regulacją objętości i mocy. W badaniu wzięły udział cztery pacjentki z bliznami potrądzikowymi, którym podano komercyjnie dostępny kwas poli-D,L-mlekowy. Zabiegi, jeśli były powtarzane, przeprowadzono w odstępach 4–8 tygodniowych, a ocena skuteczności terapii opierała się na fotografiach wykonanych przed każdym zabiegiem oraz 2 tygodnie po ostatnim. Ocena poprawy była dokonywana przez pacjentki oraz dwóch doświadczonych dermatologów w 4-stopniowej skali oraz w wartościach procentowych. Jakość życia pacjentów oceniono za pomocą kwestionariusza *Dermatology Life Quality Index* (DLQI), natomiast ból związany z zabiegiem — za pomocą wizualnej skali analogowej (VAS, *Visual Analogue Scale*).

Wyniki: U wszystkich pacjentek zaobserwowano spłycenie blizn. Leczenie okazało się skuteczne, z minimalnymi działaniami niepożądanymi. **Wnioski:** Terapia z użyciem kwasu poli-D,L-mlekowego i systemu pneumatycznego jest obiecującą metodą w leczeniu blizn atroficznych. W celu potwierdzenia wyników i oceny skuteczności tej metody terapeutycznej niezbędne są dalsze badania przeprowadzone na większą skalę.

WPLYW KSANTOHUMOLU NA ZDROWIE SKÓRY GŁOWY I JAKOŚĆ ŻYCIA U PACJENTÓW PO PRZESZCZEPIE WŁOSÓW

Patrycja Łazicka¹, Katarzyna Osipowicz^{1,2}, Martyna Pajek³

¹Katedra Immunodermatologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Kaliski

³Szpital OT.CO, Warszawa

Wstęp: Celem badania była ocena skuteczności ksantohumolu w poprawie stanu skóry głowy i jakości życia u pacjentów po przeszczepie włosów. Badanie koncentrowało się na jego wpływie na keratynizację, wrażliwość i zaczerwienienie skóry głowy, produkcję sebum oraz ogólną jakość życia. Analizowano zmiany tych parametrów przed i po serii podań ksantohumolu, aby określić jego potencjalne korzyści jako uzupełnienie terapii po przeszczepie włosów.

Materiał i metody: Do badania zakwalifikowano czterech mężczyzn, którzy przeszli przeszczep włosów i mieli różny stopień zaawansowania łysienia androgenowego (skala łysienia III do V). Każdy pacjent otrzymał serię podań ksantohumolu. Oceny obejmowały takie parametry, jak keratynizacja, wrażliwość i zaczerwienienie skóry głowy, produkcja sebum, intensywność bólu oraz jakość życia. Pomiarów dokonywano przed leczeniem oraz po każdej z trzech podań. Wyniki analizowano, aby ocenić zmiany wywołane leczeniem ksantohumolem.

Wyniki: Wyniki badania wykazały pozytywny wpływ ksantohumolu na stan skóry głowy u pacjentów po przeszczepie włosów. Zauważono znaczną poprawę w keratynizacji i produkcji sebum, z redukcją tych parametrów u wszystkich pacjentów. Wrażliwość i zaczerwienienie skóry głowy również uległy poprawie u trzech z czterech pacjentów. Jeśli chodzi o jakość życia, wyniki były zróżnicowane: dwóch pacjentów odnotowało poprawę, podczas gdy u dwóch innych nastąpiło pogorszenie. Intensywność bólu na skórze głowy pozostała na ogół stabilna, z wyjątkiem dwóch przypadków, gdzie odnotowano pogorszenie.

Wnioski: Ksantohumol może stanowić wartościowy dodatek do terapii po przeszczepie włosów, szczególnie w kontekście poprawy zdrowia skóry głowy, takich jak zmniejszenie keratynizacji i produkcji sebum. Jednakże jego wpływ na jakość życia pacjentów jest niejednoznaczny i wymaga dalszych badań. Należy również zwrócić uwagę na konieczność monitorowania bólu i dyskomfortu, aby dokładniej ocenić potencjalne korzyści i ograniczenia stosowania ksantohumolu u pacjentów po przeszczepie włosów.

UŻYTECZNOŚĆ NIEINWAZYJNYCH TECHNIK OBRAZOWANIA SKÓRY W DIAGNOSTYCE ATYPOWEJ MANIFESTACJI ZESPOŁU SWEETA

Aleksandra Soplińska, Piotr Konopelski, Paulina Laskus, Marta Kurzeja, Joanna Czuwara, Małgorzata Olszewska, Lidia Rudnicka

Klinika Dermatologiczna Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wstęp: Choroba Sweeta jest rzadką chorobą neutrofilową. Charakteryzuje się nagłym przebiegiem z pojawieniem się bolesnych guzków oraz blaszek w górnej części ciała. Charakterystyczna dla choroby jest dobra odpowiedź na terapię glikokortykosteroidami, dlatego postawienie prawidłowej diagnozy i szybkie wdrożenie leczenia jest kluczowe dla przebiegu choroby.

Materiał i metody: Na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej, fotograficznej, dermoskopii, liniowej-konfokalnej optycznej tomografii koherentnej (LC-OCT) oraz wyników badań histopatologicznych i laboratoryjnych przygotowano przedstawienie przypadku pacjenta z atypową manifestacją zespołu Sweeta.

Wyniki: Pacjent w wieku 59 lat został przyjęty do Kliniki Dermatologicznej WUM z powodu zmian pęcherzykowych na podłożu rumieniowo-obrzękowym zlokalizowanych na kończynach górnych i klatce piersiowej. Zmiany wystąpiły 4 dni przed hospitalizacją, poprzedzone były infekcją górnych dróg oddechowych. W badaniach laboratoryjnych wykonanych przy przyjęciu do kliniki stwierdzono leukocytozę z neutrofilią, zwiększoną aktywność dehydrogenazy mleczanowej oraz stężenie beta-2-mikroglobuliny. Pacjenta konsultowano hematologicznie, nie stwierdzono patologii układu krwiotwórczego. Po braniu wycinek ze zmian skórnych do badania histopatologicznego. W oczekiwaniu na wynik wykonano nieinwazyjne badania obrazowe skóry. W dermoskopii uwidoczniło biało-żółte koła otoczone „lattice-like rings” na rumieniowym podłożu. W LC-OCT uwidoczniło znaczny obrzęk warstwy brodawkowej skóry właściwej oraz duże jasne komórki stanu zapalnego. Na podstawie obrazu klinicznego i badań dodatkowych (obecność pseudopęcherzyków wynikających z obrzęku warstwy brodawkowej) wysnuto podejrzenie zespołu Sweeta i wdrożono leczenie metyloprednizolonem w dawce maksymalnej 40 mg/dobę, aksetylem cefuroksymu w dawce 4,5 g/dobę oraz acyklowirem w dawce 1,5 g/dobę, uzyskując ustąpienie zmian skórnych. W badaniu histopatologicznym opisano gęsty naciek neutrofilowy bez cech zapalenia naczyń oraz znaczny obrzęk warstwy brodawkowej. Na podstawie kryteriów wg Su i Liu postawiono ostateczne rozpoznanie zespołu Sweeta.

Wnioski: Zespół Sweeta jest rzadką chorobą neutrofilową do rozpoznania której wymagany jest wynik badania histopatologicznego. Ze względu na czas oczekiwania na opis histopatologiczny, pomocne może być wykorzystanie nieinwazyjnych technik obrazowania skóry. W zaprezentowanym przypadku dzięki dermoskopii i LC-OCT przyspieszono postawienie rozpoznania i wdrożenie leczenia w atypowej manifestacji zespołu Sweeta.

PREZENTACJA PRZYPADKÓW II

KLASYCZNA POSTAĆ MIĘSĄKA KAPOŚIEGO U PACJENTA NIEZAKAŻONEGO WIRUSEM HIV

Monika Grochowska-Rak, Violetta Karlińska-Jonkisz, Arleta Grabowska

Oddział Dermatologiczny, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie

Wstęp: Przedstawiono rzadki przypadek pacjenta z mięsakiem Kaposiego bez towarzyszącego zakażenia wirusem HIV. Mięsak Kaposiego jest wieloogniskowym nowotworem angioproliferacyjnym związanym z zakażeniem ludzkim wirusem opryszczki typu 8 (HHV-8). Występuje w kilku odmianach klinicznych: klasycznej, endemicznej (afrykańskiej), jatrogennej oraz epidemicznej, związanej z HIV/AIDS. Odmiana klasyczna występuje u osób starszych, głównie na kończynach dolnych i cechuje się powolnym przebiegiem.

Materiał i metody: Pacjent 75-letni został przyjęty na oddział dermatologiczny z powodu wieloogniskowych czerwonych niebolesnych plam zlokalizowanych na skórze przedramion oraz kończyn dolnych. Nie stwierdzono zmian na śluzówkach jamy ustnej. Zmiany po raz pierwszy pojawiły się rok wcześniej. W poradni dermatologicznej ambulatoryjnie stosowano miejscowe glikokortykosteroidy, nie uzyskując poprawy terapeutycznej. Pacjent chorował przewlekłe na nadciśnienie tętnicze, utrwalone migotanie przedsionków, hipercholesterolemię. Negował ryzykowne kontakty seksualne, przyjmowanie narkotyków dożylnie, leczenie immunosupresyjne oraz transfuzje krwi w przeszłości. W wykonanych podstawowych badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono nieprawidłowości.

Wyniki: Wykonano badanie histopatologiczne wycinka tkankowego ze zmiany skórnej, które ujawniło podnaskórkowy rozrost kapilarny śr. 3 mm oraz profil immunohistochemiczny HHV8(+), CD34(+), CD31(+) odpowiadający mięsakowi Kaposiego. Wykonano oznaczenie przeciwciał anti-HIV1/HIV2/HIV p24, wykluczając zakażenie wirusem HIV. Przeprowadzono diagnostykę obrazową — tomograf komputerowy głowy, klatki piersiowej oraz brzucha, nie stwierdzając zmian o charakterze przerzutowym. Pacjent został skierowany do ośrodka onkologicznego — został zakwalifikowany do chemioterapii paklitaksemem w cyklach co 14 dni. Po 6 cyklach terapii obserwowano cechy regresji ognisk mięsaka Kaposiego na kończynach.

Wnioski: Ten przypadek podkreśla znaczenie rozważenia postaci klasycznej mięsaka Kaposiego w diagnostyce różnicowej zmian skórnych u starszych pacjentów, nawet w przypadku braku infekcji HIV.

LECZENIE GUZOWATOŚCI NOSA LASEREM CO₂

Bartosz Zakrzewski¹, Klaudia Szala², Aleksandra Zakrzewska^{1,2}, Marcin Zakrzewski^{1,2}

¹Zakrzewscy Clinic Sp. z o. o.

²Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Guzowatość nosa jest najczęściej występującą postacią formy przerostowej trądziku różowatego. Charakteryzuje się przerostem tkanki łącznej oraz powiększeniem gruczołów łojowych prowadzących do powstania zmian o charakterze guzów. Zmiany te zaburzają funkcjonowanie na wielu płaszczyznach aktywności, wpływając negatywnie na jakość życia pacjenta. W skrajnych przypadkach mogą pojawić się trudności w oddychaniu. *Rhinophyma* występuje zdecydowanie częściej u mężczyzn niż u kobiet i zwykle pojawia się w późniejszym wieku.

Materiał i metody: U trojga pacjentów w wieku 55–60 lat z nieleczonym wcześniej trądzikiem różowatym występującym od kilku lat rozwinęła się guzowatość nosa, którą leczono laserem CO₂ z długością fali 10,600 nm, mocą 10 watów i ciągłym impulsem (CW). Przeprowadzono dwa zabiegi w odstępach co cztery tygodnie. Przed zabiegiem pacjent znieczulany był nasiękowo 2-procentowym roztworem chlorowodoru lidokainy. Po zabiegu nałożono opatrunek okluzyjny z argosulfanem 20 mg/g na 24 h, z zaleceniem dalszego stosowania argosulfanu na miejsce pozabiegowe dwa razy dziennie przez 7 dni.

Wyniki: Pełna reepitalizacja grzbietu nosa wystąpiła już po tygodniu, a obrzęk oraz rumień wywołane w miejscu poddanym działaniu lasera u każdego z pacjentów ustąpiły w ciągu czterech tygodni od wykonania zabiegu. Wszyscy pacjenci uzyskali bardzo dobre wyniki estetyczne utrzymujące się przez ponad rok i nie zaobserwowano u nich zaostrzenia oraz nawrotów choroby.

Wnioski: Laser CO₂ jest efektywną metodą leczenia guzowatości nosa, skutecznie redukującą guzki oraz zgrubienia. Cechuje się znikomą ilością powikłań po zabiegowych oraz szybką rekonwalescencją w porównaniu z metodami chirurgicznymi oraz innymi metodami takimi jak dermabrazja czy elektrokoagulacja.

PRZYPADEK ŚLUZÓWKO-SKÓRNEJ PĘCHERZYCY ZWYKŁEJ W UMIEJSCOWIENIU W OKOLICY OTWORÓW NATURALNYCH CIAŁA, TAKŻE NIEOCZYWISTYM NA SKÓRZE PODESZEW I APARATU PAZNOKCIOWEGO STÓP

Maksymilian Markwitz¹, Krzysztof Kanabaj¹,
Monika Bowszyc-Dmochowska², Marian Dmochowski¹

¹Pracownia Autoimmunizacyjnych Dermatoz Pęcherzowych, Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

²Pracownia Histopatologii i Immunopatologii Skóry, Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Pacjent w wieku 30 lat został przyjęty na oddział kliniczny dermatologii z podejrzeniem pęcherzycy zwykłej celem diagnostyki i leczenia. Pacjent zgłaszał występowanie wiotkich pęcherzy na skórze całego ciała z predylekcją do tułowia, kończyn dolnych oraz owłosionej skóry głowy. Ponadto pacjent skarżył się na zmiany śluzówkowe. Wśród chorób przewlekłych stwierdzono jedynie otyłość, pacjent twierdził, że poza tym na nic nie choruje. W dermatologicznym badaniu przedmiotowym ujawniono rozlane pęcherze o wiotkiej pokrywie na owłosionej skórze głowy, tułowia, kończyn dolnych, rozległą nadżerkę ze zliszczeniem na policzku lewym, zanokcicę pęcherzową oraz obecność pęcherzy na podszewkach stóp. Dodatkowo rozległe nadżerki na błonach śluzowych jamy ustnej. W trakcie hospitalizacji pobrano wycinki skóry — bezpośrednim badaniem immunofluorescencyjnym wycinka tkanki okołowykwitowej skóry (udo) stwierdzono pęcherzycowe złoży IgG(+), IgG1(++), IgG4(+++) i C3(++), lecz nie IgA i IgM, a badaniem H+E stwierdzono akantolityczne rozwarstwienie nadpodstawne. W panelu ELISA dla chorób pęcherzowych wykryto przeciwciała IgG przeciwko DSG1 (5,53) oraz DSG3 (7,39). U pacjenta zastosowano steroidoterapię dożylną w postaci pulsu metyloprednizolonu (1,0 g przez 3 kolejne dni), następnie metyloprednizolon doustnie w dawce 32 mg, ponadto antybiotykoterapię dożylną (ceftriakson). Ponadto zastosowano leczenie miejscowe (dipropionian klobetazolu, betametazon z kwasem fusydowym). Pacjent został zakwalifikowany do leczenia rytuksymabem celem dalszej kontroli choroby.

WIELE TWARZY ŚWIERZBU W JEDNEJ RODZINIE — SERIA PRZYPADKÓW I PRZEGLĄD LITERATURY

Kamil Kowalczyk¹, Marta Lato¹, Przemysław Hałubiec^{1,2},
Krzysztof Batko¹, Arletta Kozłowska¹, Andrzej Kazimierz Jaworek¹,
Anna Wojas-Pelc¹

¹Oddział Kliniczny Dermatologii i Alergologii, Szpital Uniwersytecki w Krakowie
²Szkoła Doktorska Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu UJCM

Wstęp: W niniejszym opisie przypadku opisano dużą heterogeniczność objawów skórnych spowodowanych świerzbem w obrębie jednej rodziny.

Materiał i metody: Seria przypadków i przegląd literatury.

Wyniki: Początkowo 72-letnia kobieta zgłosiła się z powodu rozsiaanej wysypki grudkowej i silnego świądu utrzymujących się od 2 miesięcy, przy czym dermatoskopia ujawniła charakterystyczny objaw lotni. Zaobserwowano szybkie ustąpienie objawów i złagodzenie świądu w odpowiedzi na maść siarkową. Dokładna analiza bliskich kontaktów zidentyfikowała wnuki pacjentki jako potencjalnie zakażone, a ich rodziców jako bezobjawowych nosicieli. Jej starsza wnuczka po raz pierwszy zaprezentowała swędzące, pęcherzowe zmiany w okolicy międzyopłaskdkowej wiele miesięcy wcześniej, początkowo błędnie zdiagnozowane jako możliwe opryszczkowe zapalenie skóry. Tymczasem młodszy wnuk pacjentki cierpiał z powodu niespecyficznych zmian rumieniowo-

-złuszczających z intensywnym świądem, które były bezskutecznie leczone przez pediatrę. Pomimo wielokrotnych kontaktów z różnymi specjalistami (dermatologia, choroby zakaźne) i wielokrotnych nieskutecznych metod leczenia (leki przeciwhistaminowe, miejscowe i doustne kortykosteroidy, antybiotyki), rodzina nie została zidentyfikowana jako przypadek rodzinnej inwazji świerzbu przez prawie 8 miesięcy. Wszyscy pacjenci objawowi spełnili kryteria diagnostyczne Międzynarodowego Stowarzyszenia na rzecz Zwalczenia Świerzbu z 2020 roku. Wdrożono wystandaryzowany protokół leczenia z maścią z 5-procentową permetryną dla całej rodziny. **Wnioski:** Opisany przypadek podkreśla znaczenie świerzbu w diagnostyce różnicowej dermatoz świądowych, ponieważ może on mieć nietypowy obraz kliniczny lub nakładać się na inną współwystępującą chorobę. Dokładna ocena potencjalnych problemów skórnych wśród bliskich osób z kontaktu i członków gospodarstwa domowego pozostaje kluczowym pytaniem w wywiadzie dermatologicznym.

CZERNIAK SZERZĄCY SIĘ POWIERZCHOWNIE W OBRĘBIE MAŁEGO ZNAMIENTA ŚRÓDSKÓRNEGO — OPIS PRZYPADKU

Aleksandra Kaczyńska-Trzpił, Joanna Golińska
Grupa ZDROWIE Kondratowicza Poradnia Dermatologiczna, Warszawa

Wstęp: Czerniaki są złośliwymi nowotworami wywodzącymi się z komórek melanocytarnych. Większość czerniaków stanowią zmiany *de novo*, zaś 25–33% czerniaków powstaje w obrębie wcześniej istniejącego znamienia. W literaturze opisano pojedyncze przypadki transformacji nowotworowej w obrębie małego znamienia śródskórnego, to jest o średnicy do 15 mm. Poniżej przedstawiono przypadek czerniaka szerzącego się powierzchniowo w obrębie małego znamienia śródskórnego.

Materiał i metody: Pacjent, 34-letni, zgłosił się z powodu powiększania się oraz krwawienia zmiany barwnikowej zlokalizowanej w obrębie skóry nadbrzusza po stronie lewej. Objawy występowały od jednego miesiąca. W wywiadzie zmiana barwnikowa była obecna od wczesnego dzieciństwa. Od około pięciu lat pacjent obserwował rumień oraz złuszczenie w obrębie zmiany. W badaniu przedmiotowym stwierdzono zmianę barwnikową o wymiarach około 10 × 15 mm o nierównomiernym zabarwieniu i powierzchni nierównych brzegach. W dermatoskopii stwierdzono znaczną asymetrię, obszar z czerwono-różowym tłem, mleczno-różowymi obszarami, poszerzonymi i rozgałęzionymi nacyniami, bezstrukturálny obszar barwy białej, biało-niebieskie struktury, na obwodzie zakrzywione linie, czarne globule oraz atypową i odwróconą siatkę barwnikową. Ponadto obecne były liczne zmiany barwnikowe skóry całego ciała — ponad 100 znamion.

Wyniki: Zmianę wycięto chirurgicznie z marginesem 1 mm. W badaniu histopatologicznym opisano czerniaka szerzącego się powierzchniowo w stopniu zaawansowania pT1a (grubość 0,5 mm, nie stwierdzono owrzodzeń). Następnie wykonano radykalne wycięcie bliźny z marginesem 1 cm, a w wyciętym fragmencie skóry nie stwierdzono komórek nowotworowych. Pacjent pozostaje pod kontrolą dermatologiczną.

Wnioski: Przedstawiony przypadek rzadko występującego czerniaka w obrębie małego znamienia śródskórnego podkreśla wagę regularnej kontroli dermatoskopowej wszystkich zmian barwnikowych.

ŁYSIENIE PLACKOWATE Z TOWARZYSZĄCYM ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY LECZONE UPADACYTYNIBEM — OPIS DWÓCH PRZYPADKÓW

Jakub Marczuk, Jolanta Węglowska, Bogna Brzezińska,
Wojciech Przywara

Oddział Dermatologiczny z Pododdziałem Dermatologii Dziecięcej,
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

Wstęp: Atopowe zapalenie skóry (AZS) i łysienie plackowate (AA) są przewlekłymi, nawrotowymi dermatozami, często współistniejącymi ze sobą. Niekiedy ich przebieg jest ciężki, utrudniający codzienne funkcjonowanie chorego i upośledzający znacznie jakość życia. W ostatnich latach opracowano nowe metody terapii obu chorób, w tym stosowanie inhibitorów JAK. Upadacytynib, należący do rodziny inhibitorów JAK, jest zarejestrowany w leczeniu AZS, natomiast dane literaturowe na temat efektów i bezpieczeństwa leczenia AA tym lekiem są skąpe, zwłaszcza w populacji pediatrycznej.

Materiał i metody: Przypadek 1: 12-letni pacjent z AZS od okresu niemowlęcego i kilkumiesięcznym wywiadem AA skóry owłosionej głowy, źle tolerujący cyklosporynę A, został zakwalifikowany do leczenia

upadacytynibem z uwagi na znaczne nasilenie AZS. Przypadek 2: 20-letni pacjent z AZS od 9. roku życia i 1,5-letnim wywiadem AA uogólnionego, źle tolerujący cyklosporynę A i metotreksat, został zakwalifikowany do terapii upadacytynibem na podstawie przesłanek.

Wyniki: U pierwszego pacjenta obserwowano dobrą kontrolę AZS i znaczną poprawę w zakresie AA (leczenie od końca lutego 2024 r.), u drugiego dobrą kontrolę AZS i mierną poprawę w zakresie AA (leczenie od końca marca 2024 r.). Obaj pacjenci dobrze tolerują leczenie.

Wnioski: Upadacytynib cechuje się dobrym profilem bezpieczeństwa i jest lekiem dobrze tolerowanym. Efekty leczenia AZS tym lekiem pojawiają się szybciej niż w przypadku AA. Uzyskany odrost włosów jest stabilny w czasie, ale ma zróżnicowaną dystrybucję — nie obejmuje wszystkich zajętych obszarów skóry (przynajmniej w pierwszych miesiącach leczenia). Zajęcie większych obszarów skóry AA przed rozpoczęciem leczenia może się wiązać z gorszą odpowiedzią na leczenie. Wskazana jest analiza większej liczby przypadków celem określenia skuteczności leczenia upadacytynibem w łysieniu plackowatym.

PĘCHERZYCA LIŚCIASTA U 9-LETNIEJ DZIEWCZYNIKI — OPIS PRZYPADKU

Paula Mazan¹, Joanna Narbutt^{1, 3}, Aleksandra Lesiak¹⁻³

¹Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej UM w Łodzi

²Pracownia Dermatologii Autozapalnych, Genetycznych i Rzadkich Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

³Centrum Medyczne Dermoklinika s.c. J. Narbutt, M. Kierstan, A. Lesiak

Wstęp: Pęcherzyca liściasta (PF) jest autoimmunologiczną chorobą pęcherzową z powierzchniowymi pęcherzami, autoprzeciwciałami przeciwko desmogleinie 1 i podrogowym odkładaniem IgG i C3 w bezpośredniej immunofluorescencji. Pęcherzyca występuje niezwykle rzadko w populacji pediatrycznej i jest często błędnie diagnozowana.

Materiał i metody: Przedstawienie problemu diagnostycznego dotyczącego rozpoznania choroby pęcherzowej u dziecka.

Wyniki: Opis przypadku 9-letniej dziewczynki, która była hospitalizowana w klinice dermatologii celem diagnostyki zmian skórnych. W wywiadzie stan po ekstrakcji zęba w znieczuleniu miejscowym lignokainą na dzień przed pojawieniem się zmian skórnych oraz stan po szczepieniu MMR miesiąc wcześniej. W badaniu przedmiotowym obserwowano zmiany o charakterze rumieniowo-obrzękowym z obecnością drobnych pęcherzyków i strupów w centralnej części na tułowiu i kończynach. U chorej podejrzewano liniową IgA dermatozę pęcherzową (LABD). W badaniu immunofluorescencji bezpośredniej (DIF) opisywano złożki IgG (+++) i IgA (+) w przestrzeniach międzykomórkowych, natomiast w badaniu histopatologicznym rozpoznano PLEVA. W leczeniu zastosowano prednizon w dawce 0,6 mg/kg mc w zmniejszających dawkach oraz dapson 25 mg/d, uzyskując poprawę w zakresie zmian skórnych. Niespełna rok po włączeniu dapsonu doszło do pogorszenia stanu miejscowego. Z uwagi na fakt, iż obraz kliniczny zmian skórnych nie korelował z wynikami pierwotnie wykonanych badań immunopatologicznych zdecydowano się ponownie wykonać diagnostykę immunopatologiczną. W badaniu DIF opisywano obecne złożki immunoglobulin IgG i Complementu w przestrzeniach międzykomórkowych, IgA: nieobecne; wynik badania immunofluorescencji pośredniej (IIF) dwukrotnie ujemny. Rekonsultacja badania IIF pozwoliła rozpoznać pęcherzycę liściastą. Odstawiono dapson, włączono azatioprynę w dawce 50 mg/d oraz prednizon w dawce 50 mg/d uzyskując szybką poprawę kliniczną.

Wnioski: W przypadku podejrzenia choroby pęcherzowej oraz rozbieżności między obrazem klinicznym a wynikami badań immunopatologicznych oraz badań histopatologicznych konieczna jest powtórna diagnostyka w celu potwierdzenia rozpoznania i włączenia właściwego leczenia.

NIETYPOWY OBRAZ SARKOIDOZY SKÓRNEJ — OPIS PRZYPADKU

Wiktorija Grochowska¹, Magdalena Jałowska²

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii przy Klinice Dermatologii Uniwersytetu im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

²Klinika Dermatologii Uniwersytetu im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp: Sarkoidoza jest układową chorobą ziarniniakową o nieustalonej patogenecie. Zmiany skórne stwierdza się u około 25% pacjentów z sarkoidozą i mogą one poprzedzać wystąpienie zmian układowych.

Materiał i metody: Opis przypadku.

Wyniki: Pacjentka w wieku 56 lat została przyjęta w trybie planowym na oddział dermatologii celem diagnostyki i leczenia sarkoidozy skórnej oraz wykluczenia postaci układowej. Pierwsza zmiana skórna w postaci krosty na podłożu rumieniowym zlokalizowanej na prawym policzku pojawiła się w październiku 2022 roku. W marcu 2023 roku wdrożono terapię trądziku różowatego — pacjentka nie pamiętała nazw stosowanych preparatów. W marcu 2024 roku wykonano biopsję skóry i na podstawie badania histopatologicznego rozpoznano sarkoidozę skórą. Od postawienia diagnozy do obecnego pobytu w szpitalu pacjentka nie była leczona dermatologicznie. W wywiadzie z chorób współistniejących pacjentka zgłaszała endometriozę i chorobę Hashimoto. Z dotychczasowych badań wykonano: ANA2 i AN3, IIF, Hep-2, panel wątrobowy, DID dodatni, dsDNA dodatni. W badaniu dermatologicznym stwierdzono nasilony rumień i teleangiektazje na skórze policzków i czoła oraz rozsiane grudki. W badaniu dermoskopowym obecność pomarańczowych obszarów bezstrukturalnych na ciemnoczerwonym tle. Objaw galaretki jabłkowej w obrębie blaszki na skórze grzbietu nosa. W histopatologii ziarniniaki typu sarkoidalnego — całość klinicznie odpowiada rozpoznaniu sarkoidozy skórnej.

Wnioski: Objawy sarkoidozy skórnej charakteryzują się dużą różnorodnością pod względem morfologii, rozległości i lokalizacji, co często utrudnia jej szybkie rozpoznanie. Zmiany wymagają różnicowania z innymi chorobami ziarniniakowymi oraz dermatozami, takimi jak trądzik różowaty, tocząc rumieniowaty, liszaj płaski, łuszczycy i chłoniaki skórne, a rozpoznanie kliniczne powinno zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. W każdym przypadku sarkoidozy skórnej należy wykluczyć współwystępowanie zmian narządowych, które decydują o przebiegu choroby, leczeniu i rokowaniu.

NIETYPOWA PĘCHERZOWA POSTAĆ SCLE — TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE

Jakub Kobialka, Marzena Kraska-Gacka, Agnieszka Żebrowska

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Postać obrączkowata i łuszczycopodobna są najczęstszymi formami podostrej postaci skórnej tocznia rumieniowatego (SCLE). Choroba ta stanowi łagodniejszą postać skórnej tocznia rumieniowatego układowego, w której rzadko dochodzi do zmian narządowych. Pamiętać jednak należy o rzadkich postaciach SCLE, takich jak pęcherzowa, łupieżopodobna czy bielacza, które stanowią wyzwanie diagnostyczne.

Materiał i metody: Przypadek 39-letniej pacjentki przyjętej do kliniki dermatologii przedstawia nietypowy obraz kliniczny stanowiący przyczynę trudności diagnostycznych, prowadzących do późnego postawienia właściwego rozpoznania. Pacjentkę skierowano do kliniki z ambulatoryjnie postawionym rozpoznaniem pemfigoidu pęcherzowego. W wywiadzie podawała okresowe wysiewy zmian skórnych pod postacią drobnych grudek, bąbli i pęcherzyków, których zaostżenia i remisje wiązała z porami roku. W warunkach ambulatoryjnych wykonano u pacjentki badanie histopatologiczne, w którym opisano pęcherz podnaskórkowy z przewlekłym naciekiem zapalnym. Obraz najbardziej odpowiadał rozpoznaniu pemfigoidu pęcherzowego do różnicowania z chorobą Dühringa. Na podstawie obrazu klinicznego i wyniku badania histopatologicznego postawiono rozpoznanie pemfigoidu. Przez okres trzech lat w leczeniu stosowano sterydoterapię systemową i miejscową w okresach zaostrzeń, bez trwałej poprawy. Przy przyjęciu na oddział obserwowano u pacjentki głównie zmiany zejsiowe pod postacią drobnych, gojących się nadżerek w obrębie ramion i przedramion. Ponadto uwidoczono kilka drobnych pęcherzyków w obrębie nadgarstka i piersi oraz dość liczne zmiany rumieniowo-naciekowe.

Wyniki: Zdecydowano o wykonaniu pełnej diagnostyki w kierunku chorób pęcherzowych. W opisie ponownie pobranego badania histopatologicznego stwierdzono obraz niejednoznaczny, niewykluczający choroby Dühringa. W badaniu DIF opisano ziarniste świecenie wzdłuż błony podstawnej w klasach IgG(+++), IgA(++) oraz komplemencie(+). Wynik badania IIF i BIOCHIP był negatywny. Ze względu na niespecyficzną dla pemfigoidu wiek, wywiad i powyższe badania, u chorej poszerzono diagnostykę i w badaniach na obecność przeciwciał przeciwjądrowych. Stwierdzono ANA 1:2560, Ro-52(+++, SS-B+++, SS = A+++). Uzyskane wyniki pozwoliły na ostateczną weryfikację diagnozy ambulatoryjnej i rozpoznanie rzadkiej postaci SCLE.

Wnioski: Pragniemy podkreślić, że należy pamiętać o nietypowych odmianach zmian skórnych w toczeniu, które mogą imitować inne dermatozy i stanowić wyzwanie diagnostyczne.

ZMIANY SKÓRNE U PACJENTA Z AMYLOIDOZĄ UKŁADOWĄ — OPIS PRZYPADKU RZADKIEJ JEDNOSTKI CHOROBOWEJ

Piotr Krzemiński^{1,2}, Paweł Kowalski^{1,2}, Aleksandra Lesiak²⁻⁴

¹Oddział Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. W. Biegańskiego w Łodzi

²Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

³Pracownia Dermatyz Autozapalnych, Genetycznych i Rzadkich Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

⁴Centrum Medyczne Dermoklinika s.c. J. Narbutt, M. Kierstan, A. Lesiak

Wstęp: Przedstawienie opisu przypadku pacjenta ze zmianami skórными w przebiegu amyloidozы układowej.

Materiał i metody: Nie dotyczy.

Wyniki: Do kliniki dermatologii zgłosił się 66-letni pacjent z powodu zmian skórnych o charakterze podbiegnięć krwawych oraz brunatnych plam, które pojawiły się około rok temu. Zmiany zlokalizowane były na twarzy, szyi, karku, prawej okolicy skroniowej, potylicy, klatce piersiowej oraz na podbrzuszu. Pacjent podawał, że zmiany skórne miały tendencję do pojawiania się w wyniku drobnych urazów. Wywiad rodzinny negatywny. Pacjent negował włączenie nowych leków w ostatnich dwóch latach. W wywiadzie ponadto niewydolność serca, dyslipidemia i nadciśnienie tętnicze. W trakcie przeprowadzonej diagnostyki wykonano szeroki panel badań laboratoryjnych; w pobranym ze zmian skórnych wycinku do badania histopatologicznego stwierdzono za pomocą barwienia czerwieni Kongo, obecność złogów amyloidu (w immunohistochemii amyloid AL). Dodatkowo w wykonanym bezpośrednim badaniu immunopatologicznym ze zmian skórnych w okolicy klatki piersiowej wykazano obecność kulistych złogów IgG wzdłuż błony podstawnej. Pacjenta skierowano do hematologa. Po rozszerzeniu diagnostyki stwierdzono układową postać amyloidozы z zajęciem szpiku oraz serca. W chwili obecnej pacjent jest w trakcie kwalifikacji do leczenia immunochemioterapią.

Wnioski: Prezentowany przypadek amyloidozы układowej wskazuje na konieczność uwzględniania manifestacji skórnej tej ciężkiej jednostki chorobowej.

ZMIANY SKÓRNE O NIETYPOWEJ LOKALIZACJI W PRZEBIEGU PIODERMII ZGORZELINOWEJ — OPIS PRZYPADKU RZADKIEJ JEDNOSTKI CHOROBOWEJ

Paweł Kowalski^{1,2}, Piotr Krzemiński^{1,2}, Wojciech Bienias^{1,2}

¹Oddział Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. W. Biegańskiego w Łodzi

²Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Przedstawienie przypadku pacjenta z rozsianą piodermią zgorzelinową o nietypowej lokalizacji.

Materiał i metody: Nie dotyczy.

Wyniki: Na oddział dermatologii zgłosił się 34-letni pacjent z powodu rozsianych, owalnych, owrzodzeń, zlokalizowanych na plecach, lewym ramieniu, prawym podudziu oraz twarzy i owłosionej skórze głowy. Pierwsze zmiany pojawiły się tydzień przed przyjęciem. Początkowo tylko w obrębie pleców, gdzie miały morfologię pęcherzyków, które ewoluowały w owrzodzenia z towarzyszącymi dolegliwościami bólowymi. W wywiadzie wrzodzące zapalenie jelita grubego (rozpoznane w 2014 roku), leczone mesalazyną. W trakcie hospitalizacji wykonano: panel badań laboratoryjnych (z odchyłen obserwowano podwyższone: CRP 177,36 mg/l, WBC $15,7 \times 10^3/\mu\text{l}$, PLT $636 \times 10^3/\mu\text{l}$, neutrofile $9,3 \times 10^3/\mu\text{l}$, kalprotektynę w kale 1170 $\mu\text{g/g}$), pobrano wymaz ze zmian skórnych (wynik: flora fizjologiczna skóry), pobrano wycinek do badania histopatologicznego (w opisie: gęste nacieki limfo-granulocytarne oraz ogniska martwicy i wybroczyny krwi w obrębie całej grubości skóry właściwej). Na podstawie obrazu klinicznego i wywiadu postawiono rozpoznanie piodermii zgorzelinowej, włączono leczenie miejscowe oraz systemowe cyklosporyną i prednizonem, uzyskując szybką poprawę w zakresie prezentowanych zmian skórnych i ustąpienie dolegliwości bólowych.

Wnioski: Piodermia zgorzelinowa jest chorobą o piorunującym przebiegu, gdzie nie tylko badania dodatkowe są istotne w postawieniu właściwego rozpoznania, ale również badanie podmiotowe — umożliwiając wykluczenie innych jednostek chorobowych o podobnym obrazie klinicznym.

GRAM UJEMNE ZAPALENIE MIESZKÓW WŁOSOWYCH LECZONE Z POPRAWĄ LASEREM ND:YAG 1064 NM

Justyna Milewska, Bartłomiej Kwiek

Klinika Ambroziak

Wstęp: Opis przypadku pacjenta z Gram ujemnym (*Klebsiella*) zapaleniem mieszków włosowych, z niepowodzeniem terapii miejscowej i ogólnej, z poprawą po leczeniu zabiegowym laserem Nd:YAG 1064 nm.

Materiał i metody: Opis przypadku.

Wyniki: Pacjent 42-letni z wieloletnim wywiadem zmian krostkowych obejmujących owłosioną skórę brody zgłosił się w celu modyfikacji leczenia. Pacjent był dotychczas leczony: izotretynoiną w dawce 1 mg/kg m.c. z częściową poprawą, antybiotykami doustnie (limecyklina, sulfametoksazol z trimetoprimem) z okresową poprawą i nawrotami zmian po odstawieniu. W wymazie ze zmian wyhodowano bakterie Gram ujemne z grupy *Klebsiella*, wrazliwie na fluorochinolony. Po włączeniu ciprofloksacyliny doustnie obserwowano podwyższenie stężenia enzymów wątrobowych. Leczenie miejscowe (nadyfloksacylna, adapalen w połączeniu z nadtlenkiem benzoilu) nie przyniosło remisji. Zastosowano leczenie laserem Nd:YAG 1064 nm, uzyskując znaczącą poprawę po dwóch zabiegach.

Wnioski: Leczenie laserem Nd:YAG 1064 nm może stanowić skuteczną alternatywę dla leczenia farmakologicznego w przypadku przewlekłego zapalenia mieszków włosowych.

PREZENTACJA PRZYPADKÓW III

PRZYPADEK OLBRYMIEJ POSTACI RAKA PODSTAWNOKOMÓRKOWEGO U 63-LETNIEJ KOBIETY

Zuzanna Pawlak, Iwona Chlebicka, Amelia Głowaczewska, Jacek Szepietowski

Oddział Kliniczny Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp: Raki podstawnokomórkowe (BCC, *basal cell carcinoma*) są najczęstszymi nowotworami w populacji europejskiej. Jednakże wariant olbrzymi raka podstawnokomórkowego (GBCC, *giant basal cell carcinoma*) jest rzadko spotykany. Postać olbrzymią BCC definiuje się jako guz o średnicy przekraczającej 5 cm.

Materiał i metody: Niniejsza praca przedstawia przypadek olbrzymiej postaci raka podstawnokomórkowego zlokalizowanego w okolicy skroniowej lewej, leczonego skutecznie metodami chirurgicznymi. Kobieta w wieku 63 lat została przyjęta do kliniki dermatologii w sierpniu 2022 roku z powodu dużego guza lewej okolicy skroniowej. Zmiana rozwijała się powoli przez około 10 lat. Kobieta nie szukała pomocy lekarskiej do czasu, kiedy guz osiągnął rozmiar około 3 cm średnicy — rok 2019, początek pandemii COVID-19. Wówczas zaproponowano wycięcie zmiany, jednak pacjentka odmówiła hospitalizacji z obawy przed zakażeniem.

Wyniki: Przy przyjęciu obserwowano egzofityczny, okrągły, dobrze odgraniczony guz koloru brązowego o średnicy około 6,5 cm, pokryty włosami sklejonymi surowiczo-krwistą wydzieliną. Wykonano wówczas biopsję sztańcową. W badaniu histologicznym rozpoznano raka podstawnokomórkowego — podtyp *nodulocystic*. Następnie przeprowadzono chirurgiczne wycięcie guza z marginesem zdrowych tkanek. Niszę po wycięciu guza zaopatrzono przeszczepem skóry pełnej grubości. W badaniu histologicznym potwierdzono rozpoznanie BCC, nie stwierdzono komórek nowotworowych w marginesach. Rana goiła się prawidłowo, nie obserwowano nawrotu w rocznej obserwacji.

Wnioski: Typowo BCC jest wolno rosnącym guzem, bardzo rzadko stwierdza się odległe przerzuty w przebiegu tego nowotworu.

Jednakże w przypadku długo nieleczonej zmiany może dojść do rozwoju dużych guzów, które naciekają i niszczą tkanki otaczające, a niekiedy także dają przerzuty odległe. Najczęściej do rozwoju postaci olbrzymiej BCC dochodzi w przypadku zaniedbania. Wycięcie chirurgiczne jest „złotym standardem” w przypadku leczenia BCC, także postaci olbrzymiej. W razie braku możliwości leczenia operacyjnego możliwe jest zastosowanie alternatywnych do chirurgii metod leczenia GBCC, takich jak radio- i chemioterapia, wismodegib, imikwimod, a także imikwimod w połączeniu z kriodestrukcją lub acytretyną, nie istnieją, jednakże, jednoznaczne rekomendacje.

ŁYSIENIE PLACKOWATE, ANHYDROZA I BIELACTWO JAKO POWIKŁANIA TATUAŻU — PIERWSZY TAKI PRZYPADEK NA ŚWIECIE

Mateusz Krzysztof Mateuszczuk, Joanna Maj

Uniwersyteckie Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wstęp: Tatuże są coraz częściej stosowaną formą ozdabiania ciała, jednak mogą prowadzić do rzadkich, ale poważnych komplikacji dermatologicznych. W literaturze opisano różne reakcje alergiczne na tusze do tatuażu, jednak przypadek rozwinienia się erytrodermii, łysienia całkowitego, uogólnionej anhidrozy oraz bielactwa nie był dotychczas opisywany.

Materiał i metody: Opis przypadku dotyczy 36-letniego mężczyzny, który po wykonaniu tatuażu z czerwonym tuszem rozwinął erytrodermię, a następnie łysienie całkowite, uogólnioną anhidrozę oraz uogólnione bielactwo, co stanowi pierwszy taki przypadek na świecie. Po czterech miesiącach od wykonania tatuażu na skórze mężczyzny zaczęły pojawiać się zmiany wypryskowe, które w ciągu kilku miesięcy przybrały postać erytrodermiczną. Ponadto doszło do utraty owłosienia i zdolności pocenia się na całym ciele.

Wyniki: Po miesiącach nieskutecznej terapii licznymi lekami immunosupresyjnymi testy płatkowe potwierdziły reakcje nadwrażliwości na substancje potencjalnie użyte do produkcji czerwonego tuszu, co skłoniło do chirurgicznego usunięcia wszystkich zmienionych chorobowo fragmentów tatuażu, a więc tych z czerwonym barwnikiem. Niestety, poza ustąpieniem erytrodermii nie poprawiło to stanu klinicznego pacjenta, a ponadto rozwinęło się u niego uogólnione bielactwo. Dopiero usunięcie wszystkich czerwonych fragmentów tatuażu, tym samym również tych niezmiennych klinicznie, oraz zastosowanie leków immunosupresyjnych i immunomodulujących przywróciło owłosienie i zahamowało progresję bielactwa, ale pozostało bez wpływu na anhidrozę.

Wnioski: Przedstawiony przypadek podkreśla potrzebę prawnej regulacji składów tuszy do tatuażu, dyskwalifikacji pewnych grup pacjentów z wyższym ryzykiem powikłań, a co się z tym wiąże regulacji w tym aspekcie zawodu tatuażysty, które aktualnie nie istnieją, a ponadto konieczność szybkiej diagnostyki i wdrożenia leczenia celem uniknięcia trwałych następstw.

NIETYPOWY OBRAZ KLINICZNY LYMPHOMATOID PAPULOSIS (LYP)

Paweł Iwańczuk, Ewa Robak, Agnieszka Żebrowska, Magdalena Kutwin
Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Celem pracy jest przedstawienie 73-letniej pacjentki, u której na skórze całego ciała pojawiły się monomorficzne zmiany o charakterze owalnych tarczek rumieniowo-złuszczających średnicy około 1–2 cm z towarzyszącym świądem. Klinicznie zmiany najbardziej budziły podejrzenie zmian alergicznych, ale brak odpowiedzi na leczenie stanowił powód skierowania pacjentki do kliniki dermatologii. Ostatecznie rozpoznano *lymphomatoid papulosis* (LyP), mimo braku typowych dla tej choroby wykwitów, czyli grudek, guzków i cech rozpadu oraz bliznowacenia. LyP klasyfikowany jest w grupie chłoniaków z obecnością na powierzchni limfocytów naciekających skórę markera CD30+, który ma rozstrzygające znaczenie diagnostyczne. Choroba może w rzadkich przypadkach poprzedzać rozwój między innymi ziarniniaka grzybiastego. Klinicznie cechuje ją przewlekły przebieg z okresami zaostrzeń i remisji. Leczenie jest zróżnicowane — zaleca się sterydy miejscowo, UVB-NB, PUVA oraz metotreksat w dawkach tygodniowych od 5 do 20 mg.

Materiał i metody: Przypadek kliniczny został opracowany w oparciu o obraz kliniczny oraz badanie histopatologiczne wraz z immunofenotypem w Klinice Dermatologii i Wenerologii w Łodzi.

Wyniki: W badaniu dermatologicznym przy przyjęciu stwierdzono rumieniowo-złuszczające, owalne ogniska o największym nasileniu w obrębie skóry brzucha. W mniejszym natężeniu zmiany zlokalizowane były na klatce piersiowej, plecach, kończynach górnych oraz dolnych. Zmiany skórne pojawiły się kilka miesięcy przed przyjęciem do kliniki. Około roku przed pojawieniem się zmian skórnych w wykonanym RTG klatki piersiowej wykryto guzek płuca lewego z zaleceniem dalszej diagnostyki, której pacjentka nie podjęła. W trakcie hospitalizacji w klinice dermatologii przeprowadzono diagnostykę dermatologiczną i pulmonologiczną. Wykonano szeroki panel badań laboratoryjnych, obrazowych, a także pobrano dwa wycinki do badania histopatologicznego. W opisie obu wyników padła sugestia rozpoznania *lymphomatoid papulosis*.

Wnioski: Przedstawiony przypadek stanowi przykład nietypowego obrazu klinicznego skóry, który nie wzbudzał podejrzeń LyP. W przeanalizowanym piśmiennictwie brak opisów przypadków o podobnym obrazie klinicznym.

NAWRACAJĄCA PROLIFERUJĄCA TORBIEL MIESZKOWA IMITUJĄCA RAKA KOLCZYSTOKOMÓRKOWEGO — WYZWANIE DIAGNOSTYCZNE

Barbara Kamińska, Kaja Męcińska-Jundziłł, Rafał Czajkowski

Katedra Dermatologii i Wenerologii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: Proliferyjące guzy mieszkowe (PPT, *proliferating pilar tumor*) to rzadkie nowotwory skóry wywodzące się z zewnętrznej pochewki korzeni mieszków włosowych. Większość PPT rozwija się z istniejących wcześniej torbieli mieszkowych, które występują u 5–10% populacji, najczęściej na owłosionej skórze głowy, a z których w 2% przypadków rozwija się PPT. Celem niniejszej pracy jest opisanie przypadku nawrotowego PPT skóry głowy, który klinicznie imitował raka kolczystokomórkowego (SCC). Pacjent został skutecznie poddany leczeniu chirurgicznemu za pomocą 5-plastyki, osiągając zadowalający wynik estetyczny.

Materiały: Przeprowadzono retrospektywną analizę dokumentacji medycznej pacjenta. Mężczyzna 58-letni zgłosił się na oddział z powodu narastającego obrzęku skóry głowy. Zmiana ta, początkowo zdiagnozowana jako cysta naskórkowa, pojawiła się dwa lata wcześniej i była leczona, jednak odnotowano nawrót. Pacjent nie zgłaszał urazów ani stanów zapalnych, a w jego wywiadzie medycznym nie było chorób współistniejących.

Wyniki: Zmiana klinicznie prezentowała się jako twardy, rumieniowaty obrzęk o średnicy 5 cm, ruchomy względem podłoża kostnego, z powierzchownymi owrzodzeniami i teleangiektazjami. Została ona usunięta z marginesem 2 cm zdrowej skóry, a ubytek zrekonstruowano za pomocą 5-plastyki. Mikroskopowo zmiana miała głównie lity charakter, z mniejszą częścią torbielowatą przypominającą cystę tricholemmalną wypełnioną keratyną. Lita część składała się z pasm nabłonka płaskiego z tricholemmalną keratynizacją oraz ognisk atypii komórkowej. Na podstawie badania histopatologicznego oraz obrazu klinicznego postawiono diagnozę PPT. Po roku od zabiegu nie zaobserwowano nawrotu.

Wnioski: Proliferyjące guzy mieszkowe zwykle objawiają się jako okrągłe, podskórne guzki o gładkiej powierzchni, jednak czasami mogą tworzyć owrzodzenia przypominające raka kolczystokomórkowego, jak w przypadku opisywanego pacjenta. Główna różnica histologiczna polega na keratynizacji typu tricholemmalnego. Do odróżnienia PPT od SCC można także zastosować barwienie histochemiczne. Ze względu na ich niejednoznaczny charakter biologiczny, kluczowe znaczenie ma dokładna ocena histopatologiczna w celu wykluczenia złośliwości i zapobiegania nawrotom.

ZESPÓŁ DRESS JAKO POWIKŁANIE LECZENIA PSYCHIATRYCZNEGO

Kinga Janeczko, Grażyna Wąsik, Ilona Kura

Oddział Kliniczny Dermatologii w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu

Wstęp: Przedstawienie przypadku 32-letniej pacjentki, która została przyjęta na kliniczny oddział dermatologii z powodu zmian skórnych odpodobnych, rumieniowo-obrzękowych i osutki plamisto-grudkowej o znacznym nasileniu. Pacjentka leczona z powodu choroby afektywnej dwubiegunowej.

Materiał i metody: W związku z chorobą podstawową pacjentka przez kilka miesięcy pobierała olanzapinę i lamotryginę. Około miesiąc przed przyjęciem na oddział lamotrygina została zastąpiona karbamazepiną. Po około 3 tygodniach zażywania karbamazepiny w dawce 300 mg 2 × na dobę, u pacjentki w obrębie twarzy, tułowia i kończyn górnych wystąpiła osutka o charakterze rumieniowo-obrzękowym z wyraźną akcentacją mieszków włosowych. Zmiany skórne szerzyły się zstępująco, stopniowo obejmując również dolne partie ciała. Przy przyjęciu na oddział zmiany skórne zajmowały > 90% powierzchni ciała. Wśród nieprawidłowości stwierdzano wyraźny obrzęk w okolicy okołoczołowej, temperaturę przekraczającą 38°C i limfadenopatię. W obrębie błon śluzowych nie obserwowano zmian chorobowych. W badaniach dodatkowych obecne były liczne odchylenia, między innymi w obrazie morfologii krwi — leukocytoza (WBC 27,49 G/μl, eozynofilia 17,7%), podwyższone parametry wątrobowe (ALT 108 U/L, GGTP 151 U/L).

Wyniki: Na podstawie wywiadu, obrazu klinicznego oraz wyników badań laboratoryjnych u pacjentki zdiagnozowano polekowy zespół DRESS (*drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*) wywołany karbamazepiną. W kryteriach RegiSCAR pacjentka otrzymała 7 punktów. Zdecydowano o definitywnym odstawieniu karbamazepiny. W leczeniu zastosowano deksametazon w dawce początkowej 8 mg pozajelitowo, leki przeciwhistaminowe i przeciwgorączkowe. Miejscowo stosowano preparaty sterydowe o umiarkowanej sile działania, a także preparaty złuszczone i emolienty. Obserwowano poprawę stanu miejscowego. Zmiany skórne ustępowały zstępująco, pozostawiając intensywne złuszczenie naskórka. W związku ze stale pogarszającym się stanem psychicznym pacjentkę konsultowano psychiatrycznie. Do olanzapiny dołączono lek lurasydyn w dawce 18,5 mg, z dobrą tolerancją.

Wnioski: Przedstawiony przypadek zwraca uwagę na trudności terapeutyczne chorób psychiatrycznych ze względu na ryzyko powstania ciężkich, skórnych reakcji polekowych. Stanowi o tym, jak ważna jest współpraca interdyscyplinarna.

ROZLANE ŁYSIENIE POWODEM ZMIANY IMMUNOSUPRESJI U PACJENTKI PO PRZESZCZEPIENIU NERKI

Ewa Pasierbska, Beata Imko-Walczuk

Przyszpitalna Poradnia Skórno-Wenerologiczna Copernicus, Gdańsk

Wstęp: Przeszczepienie nerki jest preferowaną metodą leczenia pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek, oferującą znaczną poprawę jakości życia oraz zwiększenie oczekiwanej długości życia w porównaniu z dializoterapią. Biorcy przeszczepów zmagają się jednak z różnymi skutkami ubocznymi związanymi ze stosowaniem leków immunosupresyjnych, w tym zwiększonym ryzykiem wystąpienia nowotworów i infekcji. W literaturze zostały szeroko opisane nowotwory skórne po transplantacjach, istnieje natomiast ograniczona liczba danych na temat problemów trychologicznych po transplantacjach. Toksyczność leków immunosupresyjnych może powodować łysienie, które pacjenci często zauważają wcześniej niż lekarze. Jest to zaburzenie, które może znacznie obniżyć jakość życia, szczególnie w grupie kobiet. Opisano różne zależności pomiędzy poszczególnymi lekami immunosupresyjnymi a zaburzeniami trychologicznymi. Takrolimus (TAC), powszechnie stosowany u biorców przeszczepów narządowych, jest związany z łysieniem, podczas gdy cyklosporyna (CsA) jest powiązana z hipertrichozą. Mechanizmy leżące u podstaw tych efektów pozostają niejasne, ale istnieją hipotezy dotyczące zaburzeń naczyniowych oraz reakcji autoimmunologicznych.

Materiał i metody: Przedstawiono przypadek 28-letniej pacjentki, u której podczas hospitalizacji z powodu zatrucia pokarmowego przypadkowo zdiagnozowano niewydolność nerek. Rutynowe badania krwi wykazały znamienne podwyższone parametry nerkowe, co doprowadziło do diagnozy niewydolności nerek. Po 4 latach terapii dializy otrzewnej wykonano u chorej transplantację nerki od zmarłego dawcy. Po przeszczepieniu pacjentka była leczona basiliximabem, metyloprednizolonem, prednizolonem i mykofenolanem mofetylu. Niespełna rok po przeszczepieniu zgłosiła znaczną utratę włosów. Szczegółne przeszedzenie było zauważalne na przedniej części skóry głowy, co jest charakterystycznym objawem łysienia androgenowego. Badanie trichoskopowe potwierdziło miniaturyzację mieszków włosowych oraz obecność złotych kropek. Proces łysienia wpływał znamienne na nastrój pacjentki. Chora rozważała zmniejszenie lub nawet samodzielne odstawienie terapii immunosupresyjnej z powodu łysienia.

Wyniki: Konsultujący dermatolog rozpoznał rozlane łysienie androgenowe i zalecił zmianę immunosupresji. Prowadzący transplantolog zmienił leczenie immunosupresyjne z takrolimusu na cyklosporynę. Dodatkowo w terapii zastosowano miejscowo minoksydyl w stężeniu 5% oraz preparat miejscowy z benzoesanem estradiolu, prednizolonem i kwasem salicylowym. Uzyskano znaczną poprawę stanu klinicznego, odrost włosów oraz poprawę nastroju i wzrost jakości życia.

Wnioski: Przypadek ten podkreśla znaczenie monitorowania i leczenia skutków ubocznych leków immunosupresyjnych, które między innymi mogą powodować istotne zaburzenia trychologiczne i znacznie wpływać na jakość życia pacjentów.

ZESPÓŁ NAKŁADANIA TOCZNIA KRĄŻKOWEGO I LISZAJA PŁASKIEGO — OPIS PRZYPADKU NIETYPOWEJ POSTACI TOCZNIA SKÓRNEGO

Aleksandra Fijałkowska, Ewa Robak, Agnieszka Żebrowska

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Toczeń krążkowy (DLE, *discoid lupus erythematosus*) i liszaj płaski (LP, *lichen planus*) to dwie odrębne dermatozy, które rzadko współistnieją ze sobą, stanowiąc wówczas nietypową manifestację tocznia skórznego. Zespół nakładania DLE/LP stwarza wiele trudności diagnostycznych, gdyż obraz kliniczny nie jest tak dobrze znany jak inne formy zajęcia skóry w toczniu. Ponadto brak jest dotychczas jasno sformułowanych kryteriów diagnostycznych.

Materiał i metody: Opisano przypadek pacjentki z rozpoznaniem zespołem nakładania DLE/LP na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej podczas hospitalizacji w Klinice Dermatologii i Wenerologii przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

Wyniki: Pacjentka w wieku 60 lat została przyjęta do Kliniki Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w marcu 2024 roku z powodu skórnych zmian rumieniowo-naciekowych i grudekowych, bliznowaciejących zmian czerwienu wargowej, a także zmian destrukcyjnych płytek paznokciowych oraz miejscowej utraty włosów. Zmiany skórne ulegały bliznowaceni. Chora skarżyła się również na nadwrażliwość na światło słoneczne. Dotychczas była leczona sterydami miejscowymi i ogólnoustrojowymi bez istotnego efektu terapeutycznego.

Wnioski: Poza typowymi wariantami tocznia skórniego istnieje również szerokie spektrum jego rzadkich manifestacji, jak zespół nakładania DLE/LP. Postawienie trafnej diagnozy w przypadku tej choroby jest problematyczne, gdyż współistnienie cech morfologicznych i histopatologicznych typowych dla DLE i LP powoduje, że całość obrazu klinicznego jest niespecyficzna. Ponadto brak jest jasno określonych kryteriów diagnostycznych i wytycznych dotyczących leczenia tej choroby. Znajomość rzadkich i nietypowych postaci skórnych tocznia pozwala na postawienie prawidłowej diagnozy i skuteczne leczenie tych chorób.

DLMF (DISSEMINATED LUPUS MILIARIS FACIEI), TUBERKULID DROBNOGUZKOWY I TRĄDZIK RÓŻOWATY: RÓŻNICE I PODOBIENSTWA W KONTEKŚCIE ETIOLOGII, PRZEBIEGU I LECZENIA CHOROBY ZIARNINIAKOWYCH SKÓRY TWARZY

Katarzyna Wałęga-Samorek, Jolanta Węglowska, Bogna Brzezińska

Ośrodek Badawczo-Rozwojowy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu

Wstęp: *Disseminated lupus miliaris faciei* (DLMF), trądzik różowaty oraz tuberkulid drobnoguzkowy to trzy różne jednostki chorobowe mające podobne objawy kliniczne, co często utrudnia ich rozróżnienie. DLMF to rzadka choroba ziarniniakowa, charakteryzująca się drobnymi, czerwono-brązowymi guzkami na twarzy, zwłaszcza wokół oczu, nosa i policzków. Przyczyna jest nieznana, choć wcześniej sugerowano związek z grzylicą, który jednak wykluczono. Leczenie obejmuje sterydy, retinoidy, dapson i antybiotyki. Trądzik różowaty to przewlekła choroba zapalna twarzy, objawiająca się zaczerwienieniem, teleangiektazjami, guzkami i krostami, głównie w centralnej części twarzy. Etiologia obejmuje czynniki genetyczne, immunologiczne, środowiskowe, infekcje (np. *Demodex*). Terapia obejmuje metronidazol, tetracykliny, leki przeciwzapalne i laser. Tuberkulid drobnoguzkowy to reakcja nadwrażliwości na prątki grzylicy, objawiająca się grudekowatymi zmianami na twarzy. Leczenie to terapia przeciwgrzylicza.

Materiał i metody: Pacjent 1: kobieta 43-letnia z pomarańczowo-czerwonymi, drobnoguzkowymi zmianami w okolicy ust i fałdu nosowo-wargowego, z okresami zaostrzeń i remisji. Wyniki histopatologiczne niejednoznaczne, leczenie rifampicyną i izoniazydym przyniosło okresową poprawę. Leczenie ogólne antybiotykami oraz miejscowe erytromycyną i takrolimusem nie przyniosło efektów. Zaplanowano włączenie ogólnej sterydoterapii i pogłębienie diagnostyki. Pacjent 2: kobieta 41-letnia z rumieniowo-grudkowymi zmianami na twarzy i szyi od ponad roku. Leczenie limcecykliną i izotretynoainą nie przyniosło poprawy. Po włączeniu rifampicyny nastąpiła redukcja zmian skórnych. Pobrano wycinek celem badania histopatologicznego i zaplanowano rozszerzenie diagnostyki. Pacjent 3: kobieta 34-letnia z drobnoguzkowymi zmianami na brodzie, wokół ust i powiekach dolnych, występującymi od dzieciństwa. Histopatologia sugeruje tuberkulid drobnoguzkowy. Leczenie rifampicyną i izoniazydym przyniosło znaczącą poprawę.

Wyniki: Długotrwałe monitorowanie pacjentów z podejrzeniem ziarniniakowych chorób skóry, ich odpowiedź na leczenie oraz diagnostyka, między innymi badanie kliniczne, histopatologiczne, ewentualne barwienia, QuantiFERON-TB, próba tuberkulinowa, PCR, hodowla prątków — stanowią istotny element w potwierdzeniu rozpoznania i optymalizacji terapii.

Wnioski: Pomimo podobieństw klinicznych, DLMF, trądzik różowaty i tuberkulid drobnoguzkowy to różne choroby o odmiennych przyczynach, przebiegu i leczeniu.

PIODERMIA ZGORZELINOWA W PRZEBIEGU NIESWOISTYCH ZAPALEŃ JELIT — CO, GDY KLASYCZNE LEKI BIOLOGICZNE ZAWIODĄ?

Paweł Głuszak, Adriana Polańska, Ryszard Żaba, Aleksandra Dańczak-Pazdrowska

Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp: Piodermia zgorzelinowa jest rzadką, neutrofilową dermatozą, będącą jedną z pozajelitowych manifestacji nieswoistych zapaleń jelit (IBD, *inflammatory bowel disease*). Charakteryzuje się szybkim postępem, nawracającym przebiegiem oraz opornością na leczenie. Standardem terapii jest leczenie choroby podstawowej oraz zastosowanie systemowych glikokortykosteroidów i leków biologicznych, głównie inhibitorów TNF-alfa.

Cel pracy: Celem niniejszej pracy jest przedstawienie przypadku leczenia piodermii zgorzelinowej, u chorej na IBD, która rozwinęła się w trakcie leczenia inhibitorami TNF-alfa.

Opis przypadku: Zaprezentowano przypadek 27-letniej pacjentki z chorobą Crohna, która została przyjęta na oddział dermatologii z powodu licznych zmian skórnych charakterystycznych dla piodermii zgorzelinowej, zlokalizowanych głównie na kończynach dolnych. Pacjentka od 2008 roku leczona była z powodu choroby Crohna, przeszła dwie operacje częściowej resekcji jelita z następowym wyłonieniem stomii, a także była leczona biologicznie — początkowo infliksimabem, jednak ze względu na wystąpienie reakcji anafilaktycznej lek zmieniono na adalimumab. Po czterech podaniach adalimumabu pacjentka rozwinęła piodermię zgorzelinową. Wprowadzono terapię pulsami glikokortykosteroidów oraz dapsonem w dawce 50 mg na dobę, zmodyfikowano leczenie biologiczne — włączono wedolizumab. Po czterech miesiącach uzyskano całkowitą remisję zmian skórnych z pozostawieniem charakterystycznych blizn.

Wnioski: Od lat opisuje się przydatność dapsonu w leczeniu piodermii zgorzelinowej przy nieskuteczności terapii klasycznych. Jednocześnie pojawiają się coraz więcej opisów zastosowania w tym wskazaniu wedolizumabu. W opisywanym przypadku łączne ich zastosowanie doprowadziło do całkowitej remisji zmian.

PRZYPADK TWARDZINOPODOBNYCH ZMIAN SKÓRNYCH NA TWARZY PO MIEJSCOWYM PODANIU BLEOMYCYNY U 12-LETNIEGO CHŁOPCA Z MALFORMACJĄ LIMFATYCZNĄ

Sandra Opalińska-Kaczmarek, Dagmara Marańska

Oddział Dermatologiczny, Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza

Wstęp: Bleomycyna, glikopeptydowy antybiotyk, jest stosowana w dermatologii w ramach terapii *off-label*. Iniekcje bleomycyny mają zastosowanie m.in. w leczeniu malformacji limfatycznych i naczyńniczkowych,

blizn przerosłych i keloidów, brodawek wirusowych opornych na inne terapie oraz nieczerniakowych nowotworów skóry i przerzutów do skóry.

Materiał i metody: Pacjent, 12-letni, został przyjęty na oddział dermatologii dziecięcej celem diagnostyki linijnych, brunatnych, nieznacznie zanikowych zmian skórnych na twarzy od około 4 miesięcy, które stopniowo się powiększały. Ponadto pacjent od kilku miesięcy skarżył się na okresowe bóle głowy w okolicy czołowej, które ustępowały po lekach przeciwbólowych. W wywiadzie odnotowano, że pacjent urodził się z rozległą malformacją limfatyczną wargi górnej, która była czterokrotnie leczona operacyjnie oraz w 2015 roku przeprowadzono skleroterapię bleomycyną. Klinicznie stwierdzono linijną, nieznacznie zanikową zmianę skórną na czole oraz dwie mniejsze, brunatne zmiany skórne o układzie linijnym zlokalizowane nad lewym łukiem brwiowym oraz na prawym policzku.

Wyniki: Przeprowadzone badania obrazowe (MRI głowy, RTG klatki piersiowej) były prawidłowe. W wykonanych badaniach laboratoryjnych stwierdzono jedynie nieznacznie obniżony poziom witaminy D. Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA) były ujemne. Dokładna analiza zdjęć pacjenta z przeszłości oraz korelacja z historią leczenia wykazały, że linijne zmiany skórne pojawiły się po miejscowym zastosowaniu bleomycyny. W literaturze opisano przypadki podobnych zmian skórnych, związanych z zastosowaniem tego leku. W związku z brakiem odchyłań w badaniach obrazowych, odstąpiono od biopsji skóry.

Wnioski: Opisany przypadek podkreśla znaczenie historii dotychczasowego leczenia i odległych powikłań. Miejscowe podanie bleomycyny, choć skuteczne w leczeniu malformacji limfatycznych, może prowadzić do trwałych zmian skórnych, takich jak linijne przebarwienia, tzw. *flagellate hyperpigmentation*, i zanikowe zmiany skórne. Objawy te mogą być związane z kumulacją leku w skórze, w wyniku niskiego stężenia enzymu hydrolazy bleomycyny w tkankach skóry.

EFEKT TERAPEUTYCZNY U 21-LETNIEJ KOBIETY Z DLE W OBRĘBIE OWŁOSIONEJ SKÓRY GŁOWY

Adam Zalewski, Joanna Maj

Oddział Kliniczny Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

Wstęp: Celem pracy jest prezentacja przypadku 21-letniej kobiety z rozpoznaniem na podstawie obrazu klinicznego i badania histologicznego toczeniem rumieniowatym krążkowym w obrębie owłosionej skóry głowy.

Materiał i metody: Kobieta 21-letnia zgłosiła się z miejscową utratą włosów w okolicy czołowej i ciemieniowej, która rozpoczęła się 2 miesiące wcześniej. Pacjentka zgłaszała łagodny świąd i mrowienie w obrębie zmian skórnych. W rodzinie pacjentki występowała łuszczyca, ale nie stwierdzono innych chorób współistniejących, leków, alergii, ciąży ani stosowania hormonalnych środków antykoncepcyjnych. Badanie fizykalne ujawniło dwie rumieniowe plamy z naciekiem i drobnopłatkowym złuszczeniem. Dermatoskopia wykazała różowe i białe obszary bezstrukturalne, czerwone kropki, linijne naczynia, żółto-brązowe kropki odpowiadające czopom rogowym w rozszerzonych ujściach mieszków włosowych oraz złuszczenie wokół mieszków włosowych. Przeciwciała ANA były dodatnie w stosunku 1:100, ale profil ANA, poziomy C3, C4, morfologia krwi oraz testy czynności wątroby i nerek były prawidłowe.

Wyniki: Analiza histopatologiczna wykazała ścięczenie naskórka, nieregularną akantozę, brodawczakowatość i wyraźne rogowacenie mieszków włosowych, wraz z rozproszonym naciekiem limfocytarnym w skórze właściwej i tkance podskórnej, ze zwyrodnieniem wodniczki warstwy podstawnej. Nie stwierdzono infekcji grzybiczej. Biorąc pod uwagę obraz kliniczny i histopatologiczny, rozpoznano różnicowe obejmuje liszaj płaski mieszkowy (LPP) i toczeń rumieniowaty krążkowy (DLE). Pacjentce zaproponowano następujący plan terapeutyczny: miejscowo propionian klobetazolu, minoksydil w stężeniu 5%, hydroksychlorochina oraz mezoterapia z triamcynolonem. Uzyskano istotną redukcję stanu zapalnego oraz praktycznie całkowitą odrost włosów.

Wnioski: Toczeń rumieniowaty krążkowy to podtyp skórny toczenia rumieniowatego, który charakteryzuje się występowaniem okrągłych lub tarczowatych zmian, zwykle na obszarach narażonych na działanie promieni słonecznych, takich jak twarz, skóra głowy i uszy. Leczenie koncentruje się na kontrolowaniu stanu zapalnego, zapobieganiu nowym zmianom i minimalizowaniu blizn, często obejmując stosowanie miejscowych kortykosteroidów, leków przeciwmalarycznych i strategii ochrony przeciwsłonecznej. Prezentowany przypadek pokazuje, że wcześniej rozpoczęte i odpowiednio dobrane leczenie może przynieść satysfakcjonujące efekty terapeutyczne.

AQUAGENIC KERATODERMA — RZADKI PROBLEM, A MOŻE NIEROZPOZNAWANA DERMATOZA? OPIS PRZYPADKU

Zuzanna Świerczewska, Patrycja Rogowska, Wioletta Barańska-Rybak
Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: *Aquagenic keratoderma* (AK) to rzadka choroba skóry charakteryzująca się występowaniem marszczenia skóry z obrzękiem dłoni lub podeszew, z towarzyszącym świądem, pieczeniem i bólem po kontakcie z wodą. Choroba zmiennie częściej występuje u kobiet. **Materiał i metody:** Przedstawiono przypadek 24-letniej kobiety przyjętej do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii UCK z powodu zmian o charakterze maceracji oraz pogrubienia fałdów skóry powierzchni dłoniowej obu rąk pojawiających się po kontakcie z wodą. **Wyniki:** W trakcie pobytu w klinice przeprowadzono wnikliwą diagnostykę zmian skórnych obejmującą testy płatkowe, badania obrazowe oraz badanie histopatologiczne. Dodatkowo pobrano materiał do badania genetycznego celem identyfikacji mutacji w genie *CFTR*. Na podstawie obrazu klinicznego, wyników badań dodatkowych oraz wyniku badania histopatologicznego ostatecznie postawiono rozpoznanie *aquagenic keratoderma*. Z uwagi na utrudniające codzienne funkcjonowanie objawy u pacjentki, zdecydowano o wykonaniu iniekcji z użyciem toksyny botulinowej z bardzo dobrym efektem terapeutycznym. **Wnioski:** Przyczyny powstawania *aquagenic keratoderma* nie są do końca poznane. Rozpoznanie stawiane jest na podstawie obrazu klinicznego choroby oraz wyników badania histopatologicznego. Do metod terapeutycznych należą miejscowe stosowanie sześciowodnego chlorku glinu, mocznika i kwasu salicylowego czy doustne leczenie oksybutyniną lub acytretyną. W literaturze istnieją także doniesienia o zastosowaniu toksyny botulinowej w leczeniu tego schorzenia.

PREZENTACJA PRZYPADKÓW IV

PROBLEMY WIELOLETNIEJ TERAPII U PACJENTÓW Z ŁUSZCZYCĄ KROSTKOWĄ UOGÓLNIONĄ — OPIS DWÓCH PRZYPADKÓW

Adam Welniak, Luiza Marek-Józefowicz
Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera W Toruniu

Wstęp: Łuszczyca krostkowa uogólniona (GPP) to rzadka choroba skóry, w której występują krosty na skórze całego ciała, często z towarzyszącą gorączką. U części pacjentów może wystąpić erytrodermia. GPP jest chorobą potencjalnie zagrażającą życiu, która może przebiegać z okresami zaostrzeń i remisji. **Materiał i metody:** Poniższa praca stanowi opis przypadku dwóch pacjentek Kliniki Dermatologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy. **Wyniki:** Pacjentka 71-letnia przyjęta celem leczenia kolejnego zaostrzenia GPP. Pacjentka w stanie erytrodermii, zmiany skórne o charakterze krost obejmują ponad 90% powierzchni ciała. Z powodu toksycznego uszkodzenia wątroby po zastosowaniu w przeszłości metotreksatu (MTX) i acytretyny (ACT) włączono glikokortykosteroidoterapię systemową (sGKS) oraz leczenie miejscowe. W trakcie ostatniej hospitalizacji u pacjentki remisję zmian skórnych uzyskano po zastosowaniu sGKS, MTX oraz ACT przy pełnej kontroli badań laboratoryjnych. Druga pacjentka, 49-letnia, zgłosiła się z przewlekłymi zmianami o typie nadżerek na tułowiu i kończynach oraz jałowymi krostami na stopach i rękach. Podtrzymano dotychczasowe leczenie ACT i MTX oraz zintensyfikowano leczenie miejscowe, osiągając zmniejszenie nacieku i rumienia. **Wnioski:** Leczenie pacjentów z GPP acytretyną, cyklosporyną czy metotreksatem początkowo daje dobre efekty, jednak często dochodzi do powikłań lub utraty skuteczności leku, co zmusza do przerwy w terapii. Duże nadzieje pokłada się w inhibitorze interleukiny-36 (IL-36), która jest kluczowa w patogenezie GPP, jednak obecnie spesolimumab jest dostępny tylko jako ratunkowy dostęp do technologii lekowych. Chociaż ogólnoustrojowe kortykosteroidy nie są zalecane w monoterapii, to odnotowaliśmy dobre efekty takiej terapii. Terapia miejscowa stanowi leczenie drugiego rzutu, jednak zaobserwowaliśmy jej bardzo dobre efekty w leczeniu zmian przewlekłych związanych z GPP.

ZMIANY ŁUSZCZYCOPODOBNE WYWOŁANE LECZENIEM DUPILUMABEM — OPIS PACJENTA Z WIELOLETNIM ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY

Adam Welniak, Luiza Marek-Józefowicz
Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu

Wstęp: Atopowe zapalenie skóry (AZS) i łuszczyca (PS, *psoriasis*) to dwie skrajnie różne jednostki pod względem mechanizmu odpowiedzi immunologicznej. W AZS uczestniczą głównie limfocyty Th2, podczas gdy w PS komórki Th1/Th17. Szlaki Th1/Th17 i Th2 są ze sobą ściśle powiązane, a blokowanie jednego z nich prowadzi do przesunięcia odpowiedzi immunologicznej w kierunku drugiego, skutkując paradoksalnymi zmianami skórnymi. W tym mechanizmie dupilumab hamując IL-4, blokuje sygnalizację limfocytów Th2 i może wywołać wystąpienie zmian łuszczycopodobnych u pacjentów z AZS. **Materiał i metody:** Niniejsza praca stanowi opis przypadku pacjenta Kliniki Dermatologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy. **Wyniki:** Opis przypadku dotyczy 39-letniego pacjenta chorującego od 7. r.ż. na AZS. Przez kilka miesięcy pacjent otrzymywał dupilumab z początkowym dobrym efektem, następnie z utratą adekwatnej odpowiedzi. Z powodu wystąpienia nowych zmian skórnych o charakterze grudek pokrytych łuską i zmian rumieniowo-żółtaczających z tendencją do erytrodermii z cechami lichenifikacji, pacjenta przyjęto do kliniki. W wykonanej biopsji wykazano, że obraz histologiczny odpowiada łuszczycy. Przerwano leczenie dupilumabem i włączono leczenie miejscowe oraz metoreksat podskórnie. Z uwagi na brak zadowalającej poprawy po zastosowanym leczeniu pacjenta zakwalifikowano do leczenia upadacytynibem, uzyskując remisję zmian skórnych. **Wnioski:** Zmiany łuszczycopodobne najczęściej przyjmują formę łuszczycy plackowatej, chociaż opisywano również przypadki łuszczycy kropelkowej, erytrodermicznej i krostkowej. Blaszkki łuszczykowe występują głównie w okolicach, które nie były wcześniej mocno zmienione w przebiegu AZS. Diagnoza kliniczna opiera się głównie na powiązaniu czasowo typowych zmian PS z leczeniem dupilumabem. Zmiany zazwyczaj ustępują po odstawieniu dupilumabu i/lub rozpoczęciu tradycyjnych metod leczenia. W przypadku braku poprawy inhibitory kinazy Janus stanowią potencjalną terapię.

RETIKULOHISTIOCYTOZA WIELOOIGNISKOWA U PACJENTKI Z ŁUSZCZYCOWYM ZAPALENIEM STAWÓW

Oliwia Małgorzata Fidali, Magdalena Pałdyna, Ewelina Biało-Wójcicka
Oddział Dermatologii Dorosłych, Międzyzleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie

Wstęp: Retikulohistiocytoza wieloogniskowa (MR, *multicentric reticulohistiocytosis*) jest rzadką chorobą o nieznannej etiologii, charakteryzującą się proliferacją histiocytów w tkankach. W przebiegu klinicznym może dojść do zajęcia skóry, kości, ścięgien, błon śluzowych i maziowych oraz narządów wewnętrznych. Charakterystyczne zmiany skórne pod postacią guzków zazwyczaj zajmują grzbietowe powierzchnie rąk, z poprzedzającym zapaleniem stawów rąk. Patognomonicznym objawem są zmiany wokół paznokci przypominające wieńiec paciorków. Choroba powiązana jest ze współwystępowaniem nowotworów złośliwych oraz chorób autoimmunologicznych. **Materiał i metody:** Opis pacjentki z rzadką chorobą dermatologiczną — retikulohistiocytozą. **Wyniki:** Pacjentka 38-letnia z łuszczycą i łuszczycowym zapaleniem stawów została przyjęta na oddział dermatologii z powodu guzkowych zmian skórnych zlokalizowanych symetrycznie w okolicy wałów paznokciowych oraz na grzbietach rąk. Kilka miesięcy wcześniej doszło do nasilenia dolegliwości bólowych stawów rąk. Podczas wcześniejszej hospitalizacji w klinice reumatologii stwierdzono dodatnie ANA w mianie 1:640 i przeciwciała anti-SSA; ujemne przeciwciała anti-CCP, pANCA, cANCA i RF. W USG stawów barkowych i rąk stwierdzono aktywne zapalenie. Na podstawie wyniku badania histopatologicznego potwierdzono rozpoznanie. W leczeniu włączono metotreksat, prednizolon oraz chlorochinę. Pacjentka pozostaje pod opieką poradni dermatologicznej i reumatologicznej.

Wnioski: Niespecyficzne początkowe objawy zapalenia stawów i rzadkie występowanie mogą prowadzić do opóźnienia rozpoznania MR. W toku diagnostyki różnicowej MR należy brać pod uwagę w przypadku pacjentów z wywiadem choroby autoimmunologicznej, u których pojawiły się lub zaostrzyły dolegliwości stawowe. Następce pojawienie się specyficznych zmian skórnych ułatwia postawienie ostatecznego rozpoznania.

GUSELKUMAB JAKO SKUTECZNA OPCJA TERAPEUTYCZNA DLA ACRODERMATITIS CONTINUA HALLOPEAU O CIĘŻKIM PRZEBIEGU ZE WSPÓŁISTNIEJĄCĄ Z ŁUSZCZYCĄ PLACKOWATĄ I ŁUSZCZYCĄ KROSTKOWĄ UOGÓLNIONĄ

Aleksandra Winiarz¹, Beata Kręcisz^{1,2}, Monika Kucharczyk^{1,2}, Monika Gieron^{1,2}, Joanna Cudzik-Dziurzyńska^{1,2}

¹Klinika Dermatologii, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

²Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wstęp: *Acrodermatitis continua Hallopeau* (ACH) jest rzadką, nawracającą chorobą zapalną uznawaną za odmianę łuszczycy krostkowej. Charakteryzuje się występowaniem jałowych krost na podłożu rumieniowym w obrębie aparatu paznokciowego, które wykazują tendencję do zlewania się, pęknięcia i złuszczenia, ustępując z pozostawieniem zmian rumieniowo-zanikowych. Współwystępowanie ACH, łuszczycy plackowatej i łuszczycy krostkowej uogólnionej jest rzadko obserwowane.

Materiał i metody: Opis przypadku.

Wyniki: Do kliniki dermatologii zgłosił się 54-letni pacjent z wykwitami o charakterze krost, zlewających się w jeziorka ropne na podłożu rumieniowym, zajmujących dystalne części palców rąk z liszą płytek paznokciowych oraz krostkami i zmianami rumieniowo-złuszczającymi na podszewkach stóp oraz pęknięciami naskórka w okolicach pięt. Ponadto na łokciach występowały blaszki łuszczycowe. W leczeniu stosowano kolejno acytretynę, metotreksat i cyklosporynę, bez zadowalającego efektu. Okresowo obserwowano uogólnione wysiewy łuszczycy krostkowej. W związku z powyższym zdecydowano o włączeniu infliximabu w terapii *off label* z uzyskaniem 2-letniej częściowej remisji łuszczycy plackowatej i łuszczycy krostkowej uogólnionej, bez poprawy w zakresie ACH. Następnie zakwalifikowano pacjenta do leczenia adalimumabem — po 20 tygodniach leczenia wysiew łuszczycy krostkowej uogólnionej i umiarkowana redukcja zmian o charakterze ACH. Zdecydowano o przełączeniu chorego na guselkumab, uzyskując całkowite ustąpienie zmian o charakterze łuszczycy plackowatej, łuszczycy krostkowej uogólnionej oraz znaczącą poprawę w zakresie ACH, co utrzymuje się nadal (aktualnie 44. tydzień leczenia).

Wnioski: Wykorzystanie leków biologicznych w leczeniu *Acrodermatitis continua Hallopeau*, zwłaszcza w przypadku współistnienia z innymi chorobami poddającymi się tej terapii, stanowi szerokie pole do dalszych badań. Wydaje się, że guselkumab może być skuteczną opcją terapeutyczną w tej trudnej jednostce chorobowej.

LINIJA IGA DERMATOZA PĘCHERZOWA O WIELOCZYNNIKOWEJ ETIOLOGII — OPIS PRZYPADKU

Mikołaj Cichoń¹, Tatsiana Damps¹, Jolanta Glen², Wojciech Biernat³, Roman J. Nowicki¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

²Pracownia Biologii Molekularnej Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

³Katedra i Zakład Patomorfologii Klinicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Wstęp: Linijna IgA dermatoza pęcherzowa (LABD, *linear IgA bullous disease*) jest autoimmunologiczną chorobą pęcherzową charakteryzującą się odkładaniem linijnych złogów immunoglobulin A (IgA) wzdłuż granicy skórno-naskórkowej. Patogeneza choroby nie jest w pełni poznana. Liczne doniesienia literaturowe wskazują na możliwe wywoływanie choroby przez leki, głównie wankomycynę. Opisywane są również przypadki LABD, które wystąpiły wtórnie do toczącego się procesu nowotworowego, najczęściej u pacjentów chorujących na chłoniaki i białaczki.

Materiał i metody: Pacjent 69-letni był konsultowany dermatologicznie z powodu rozszanych w obrębie kończyn i tułowia zmian pęcherzowych układających się wianuszkowato, a także zmian rumieniowo-obrzękowych o morfologii tarczy strzelniczej zlokalizowanych na skórze ud i pleców. Zmianom skórnym towarzyszył nasilony świąd skóry. Zmiany pęcherzowe obecne były w obrębie czerwieni wargowej, błony śluzowej nie były zajęte procesem chorobowym. Wykwity skórne pojawiły się około 3 miesiące po przeszczepieniu u pacjenta obydwu płuc z powodu zaawansowanej postaci PoCHP. W badaniu histopatologicznym płuca lewego biorcy stwierdzono raka płaskonabłonkowego rogowaciejącego pT2b, N0, R0. W ramach profilaktyki poprzeczypiennej pacjent przyjmował trimetoprim z sulfometoksazolem (kotrimoksazol). Z powodu podwyższonego poziomu kwasu moczowego we krwi stosował również allopurinol.

Wyniki: W wykonanym badaniu histopatologicznym zasugerowano rozpoznanie LABD. W decydującym badaniu immunofluorescencji bezpośredniej wycinka skóry wykazano linijne złogi IgA wzdłuż granicy skórnonaskórkowej, co potwierdziło rozpoznanie LABD. W leczeniu początkowo zastosowano prednizon w maksymalnej dawce dobowej 35 mg/dobę oraz leczenie miejscowe klobetazolem, obserwując stopniową remisję zmian skórnych. Z racji konieczności podtrzymania poprzeczypiennej profilaktyki nie odstawiono antybiotykoterapii. W leczeniu długofalowym zaplanowano dapson — aktualnie pacjent oczekuje na import leku. Diagnostyka i dalsze leczenie onkologiczne są w toku. W piśmiennictwie opisano dotychczas nieliczne przypadki LABD w przebiegu nowotworów płuc oraz indukowane stosowaniem sulfonamidów i allopurinolu.

Wnioski: Zarówno zmiany w płucach podejrzane o tło nowotworowe, jak i przyjmowanie kotrimoksazolu oraz allopurinolu mogły być czynnikiem indukującym linijną IgA dermatozę pęcherzową.

SKÓRA ZWIERCIADŁEM WNETRZA: POKRZYWKĄ PRZEWELEKŁĄ JAKO ZESPÓŁ PARANEOPLASTYCZNY

Paulina Rutecka, Karina Polak

Katedra i Klinika Dermatologii w Katowicach

Wstęp: Rak żołądka, będący 5. najczęstszym nowotworem i 4. główną przyczyną zgonów na świecie, stanowi poważne wyzwanie medyczne. Zespoły paranowotworowe, takie jak zespół Lesera-Trelata, pęcherzyca, pemfigoid pęcherzowy, zapalenie skórno-mięśniowe i *acanthosis nigricans*, mogą sygnalizować obecność nowotworu. Zaprezentowano niezwykle rzadki przypadek przewlekłej pokrzywki jako zespołu paranoplastycznego w przebiegu raka żołądka.

Materiały: Pacjent 61-letni zgłosił się do lekarza POZ z powodu uporczywie nawracających zmian pokrzywkowych z towarzyszącym nasilonym świądem (NRS 10). W badaniach hematologicznych, biochemicznych, parazytologicznych i endokrynologicznych nie stwierdzono nieprawidłowości. Leki przeciwhistaminowe przyniosły częściową redukcję świądu, nie spowodowały jednak ustąpienia zmian skórnych. Ze względu na brak poprawy poszerzono diagnostykę m.in. o badania obrazowe, w tym tomografię komputerową jamy brzusznej oraz ezofagogastroduodenoskopię.

Wyniki: Podczas diagnostyki wykluczono zakażenie *H. Pylori*; w trakcie endoskopii wykryto nieregularne owrzodzenie w dolnej części trzonu żołądka, z którego pobrano wycinek. Badanie histopatologiczne potwierdziło obecność komórek raka gruczołowego żołądka. Pacjent otrzymał 4 cykle chemioterapii przedoperacyjnej w schemacie FLOT, przeprowadzono subtotalną dystalną resekcję żołądka Billroth II oraz zastosowano 4 cykle chemioterapii pooperacyjnej. Po przeprowadzonym leczeniu onkologicznym uzyskano spontaniczną, trwałą remisję zmian pokrzywkowych.

Wnioski: Pokrzywka przewlekła nie jest klasyfikowana jako typowy zespół paranowotworowy. W dostępnej literaturze zmiany pokrzywkowe opisywane są przede wszystkim jako efekt uboczny stosowanego leczenia onkologicznego. W opisanym przypadku zaobserwowano jednak wyraźny związek między występowaniem raka żołądka a pokrzywką przewlekłą, co stanowi pierwsze tego typu doniesienie na świecie. Czujność onkologiczna oraz wczesna diagnostyka mogą poprawić rokowanie pacjentów.

TERRA FIRMA-FORME DERMATOSIS: OPIS PRZYPADKU NIEDOSTATECZNIE ROZPOZNAWANEJ DERMATOZY

Aleksandra Białczyk, Kaja Męcińska-Jundziłł, Rafał Czajkowski
Katedra Dermatologii i Wenerologii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: Terra firma-forme dermatosis (TFFD) to zaburzenie keratynizacji, charakteryzujące się obecnością ciemnych hiperkeratotycznych blaszek lub grudek, odpornych na standardowe mycie wodą z mydłem. Schorzenie to występuje najczęściej u dzieci i młodzieży. Jego etiologia jest niejasna, choć sugeruje się, że wynika z opóźnień dojrzewania keratynocytów, prowadząc do ich zagęszczenia wraz z otaczającym je lojem i melaniną w naskórku. TFFD bywa często mylone z *dermatitis neglecta* lub *acanthosis nigricans*, co może prowadzić do błędnej diagnozy i leczenia. Celem pracy jest przedstawienie przypadku nastolatki, u której zdiagnozowano TFFD oraz podkreślenie znaczenia właściwej diagnozy tej dermatozy w praktyce dermatologicznej.

Materiał i metody: Analiza retrospektywna dokumentacji pacjentki leczonej w Poradni Dermatologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy.

Wyniki: Pacjentka 15-letnia, niechorująca przewlekłe, zgłosiła się do poradni dermatologicznej z powodu rozległych brązowych, lekko wypukłych, brudno podobnych zmian przedniej powierzchni klatki piersiowej, które utrzymywały się od 7 dni. Pacjentka nie zgłaszała innych dolegliwości i przestrzegala zasad higieny osobistej. Po wstępnym rozpoznaniu TFFD, zmiany przetrarto gazą nasączoną alkoholem etylowym, co doprowadziło do ich całkowitego ustąpienia. Pacjencie zalecono kontrolę dermatologiczną.

Wnioski: TFFD to stosunkowo mało znana choroba skóry, która jednak może być częściej spotykana, niż się powszechnie uważa. Choć TFFD jest postrzegane głównie jako problem kosmetyczny, może prowadzić do znacznego dyskomfortu emocjonalnego u pacjentów. Choroba ta jest często niedodiagnozowana, co może wynikać z niskiej świadomości na jej temat wśród lekarzy. W przypadku podejrzenia TFFD zaleca się przeprowadzenie testu z użyciem etanolu lub 70-procentowego alkoholu izopropylowego, co pozwala uniknąć niepotrzebnych badań diagnostycznych, takich jak biopsje czy badania krwi, oraz bezcelowego leczenia.

CHOROBA DEGOSA — ROZPOZNANIE I CO DALEJ?

Krzysztof Kanabaj, Aleksandra Dańczak-Pazdrowska

Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp: Pacjentka lat 26 przyjęta na oddział kliniczny dermatologii w trybie planowym z powodu podejrzenia choroby Degosa (grudkowatość zanikowa złośliwa). Podaje, że pierwsza zmiana skórna o charakterze grudki pojawiła się w styczniu 2023 roku i zlokalizowana była na skórze podudzia lewego. W grudniu 2023 roku zmiany skórne pojawiły się na obu kończynach dolnych, obu kończynach górnych, tułowiu, klatce piersiowej, plecach oraz w okolicy pachwinowej. Od kwietnia 2024 roku pogorszenie samopoczucia i stanu ogólnego, objawy ze strony układu nerwowego: osłabienie siły mięśniowej w kończynach górnych, drżenia kończyn górnych, parestezje, bóle głowy o charakterze rozpryskającym. Bez objawów ze strony układu pokarmowego. Neguje świąd, zgłasza uczucie bólu w miejscu pojawiania się nowych zmian. Ponadto choruje na niedoczynność tarczycy.

Materiał i metody: Na skórze obecność licznych zmian o charakterze grudek z centralnym zanikiem oraz z rumieniową obwódką i peryferyjnie umiejscowionymi teleangiectazjami. Wykonano badania: przeciwciała antyfosfolipidowe, ceruloplazmina, miedź, EMG, ENG, angio-MRI głowy, angio-TK aorty i naczyń brzusznych — bez istotnych odchylen poza przewężeniem pnia trzewnego przez więzadło łukowate pośrednie.

Wyniki: W badaniu histopatologicznym wykazano zanikowy, cienki naskórek z cechami martwicy warstwy podstawowej centrum wycinka naskórka cienki, zanikowy z cechami martwicy warstwy podstawowej w częściach brzeżnych wycinka pod naskórkiem naczynia o pogrubiałych ścianach otoczone niewielkimi naciekami limfocytarnymi. Pacjentkę konsultowano neurologicznie — stwierdzono brak obiektywnych objawów neurologicznych, na podstawie badania radiologicznych oraz opinii neurologa nie stwierdzono zajęcia ośrodkowego układu nerwowego. Pacjentkę konsultowano okulistycznie — bez istotnych odchylen.

Wnioski: Na podstawie obrazu klinicznego oraz obrazu histopatologicznego rozpoznano postać skórną choroby Degosa. Początkowo włączono kwas acetylosalicylowy (ASA) oraz pentoksylinę, którą odstawiono ze względu na działania niepożądane (nudności i wymioty). Obecnie pacjentka przyjmuje ASA, hydroksychlorochinę oraz klopidogrel. Pacjentka pozostaje pod stałą opieką kliniki.

KERATOSIS LICHENOIDES CHRONICA — LISZAJ PŁASKI, FORMA POROKERATOZY, A MOŻE ODRĘBNA JEDNOSTKA CHOROBOWA? ANALIZA PRZYPADKU Z ZASTOSOWANIEM NIEINWAZYJNYCH METOD OBRAZOWANIA

Katarzyna Korecka¹, Monika Bowszyc-Dmochowska², Nina Łabędź³, Ryszard Żaba¹, Aleksandra Dańczak-Pazdrowska³, Adriana Polańska¹

¹Zakład Dermatologii i Wenerologii, Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

²Zakład Histopatologii Skóry, Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

³Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Wstęp: Keratosis lichenoides chronica (KLC), znana również jako choroba Nekama, jest rzadką, przewlekłą chorobą zapalną skóry, dla której charakterystyczne są rozproszone, liniowo ułożone, hiperkeratotyczne, rumieniowo-złuszczające grudki. Dodatkowo u pacjentów mogą wystąpić zmiany lojotokowe zlokalizowane na twarzy, które nie poddają się terapii.

Materiał i metody: Kobieta, 46-letnia, zgłosiła się z linijnymi rumieniowo-złuszczającymi zmianami zlokalizowanymi na ramionach i udach, które występowały od wielu lat. Zgłaszała również nawracające epizody lojotokowego zapalenia skóry twarzy od ponad 10 lat. Wykonano badania dermatoskopowe i ultrasonograficzne. Pobrano biopsję do badania histopatologicznego, która potwierdziła rozpoznanie KLC.

Wyniki: Pobrano biopsję do badania histopatologicznego, która potwierdziła rozpoznanie KLC.

Wnioski: Dane na temat skuteczności leczenia w KLC są skąpe, oparte na opisach pojedynczych przypadków. Podczas gdy histopatologia pozostaje złotym standardem w diagnostyce KLC, nie zawsze jest ona oczywista. Dodatkowo nieinwazyjne techniki, takie jak ultrasonografia wysokich częstotliwości i dermatoskopia, mogą być przydatne w postawieniu diagnozy.

LECZENIE SKOJARZONE INFLIXIMABEM I TLENOTERAPIĄ HIPERBARYCZNĄ PIODERMII ZGORZELINOWEJ NIEODPOWIADAJĄCEJ NA TERAPIE STANDARDOWE — OPIS PRZYPADKU

Barbara Pasierb, Małgorzata Michalska-Jakubus, Bartłomiej Wawrzycki, Marta Niewiedziol, Dorota Krasowska

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej w Lublinie

Wstęp: Piodermia zgorzelinowa (PG, *pyoderma gangrenosum*) to zapalna dermatoza neutrofilowa o niejasnej etiologii, manifestująca się głębokimi i bolesnymi, często rozległymi, owrzodzeniami. W terapii kluczową rolę odgrywają leki systemowe — glikokortykosteroidy, cyklosporyna A, azatiopryna, mykofenolan mofetylu, metotreksat, cyklofosfamid, dapson oraz tetracykliny. W wielu przypadkach obserwuje się słabą odpowiedź na standardowe leczenie. Nowe opcje terapeutyczne stanowią leki biologiczne w tym inhibitory TNF-alfa oraz terapia podciśnieniowa (VAC) czy tlenoterapia hiperbaryczna.

Materiał i metody: Prezentacja przypadku zastosowania inhibitora TNF-alfa (infiximab) w skojarzeniu z tlenoterapią hiperbaryczną u pacjenta z piodermią zgorzelinową kończyn dolnych oporną na standardowe schematy leczenia.

Wyniki: Pacjent, lat 68, z gwałtownie postępującymi, nieogojącymi się, silnie bolesnymi owrzodzeniami podudzi od listopada 2022 roku. Początkowo leczony ambulatoryjnie jako owrzodzenia żyłne. W czerwcu/lipcu 2023 roku na oddziale dermatologicznym w Radomiu do leczenia włączono azatioprynę i prednizon z powodu podejrzenia układowego zapalenia naczyń, nie uzyskując istotnej poprawy. W sierpniu 2023 roku był po raz pierwszy hospitalizowany w Klinice Dermatologii UM w Lublinie, gdzie na podstawie szeregu badań diagnostycznych (w tym badania histopatologicznego) i wykluczeniu innych możliwych przyczyn

owrządzeń, rozpoznano piodermię zgorzelinową. Od sierpnia 2023 roku do stycznia 2024 roku w leczeniu stosowano pulsy metylprednizolonu, cyklosporynę A, dapson w dawkach modyfikowanych, jak również okresowo antybiotykoterapię empiryczną i celowaną. Ponadto wykonano nekrekotomię podudzia lewego i okolicy kostki po stronie prawej oraz zastosowano terapię VAC. Ze względu na progresję we wrześniu 2024 roku pacjent został również zakwalifikowany do zabiegów w komorze hiperbarycznej, po których uzyskano nieznaczne gojenie się owrządzeń. W styczniu 2024 roku pacjenta zakwalifikowano do leczenia infliximabem w ramach RDTL, który podawano w schemacie: 0–2–6, następnie co 4 tygodnie w dawce 5 mg/kg m.c., uzyskując po kilku miesiącach terapii prawie całkowite wygojenie owrządzeń.

Wnioski: Infliximab stanowi obiecującą opcję terapeutyczną dla pacjentów z piodermią zgorzelinową, szczególnie w przypadkach opornych na standardowe formy terapii.

KOINCYDENCJA RZADKICH OWRZODZEŃ KOŃCZYN DOLNYCH O ETIOLOGII ZAKAŹNEJ

Natalia Welc, Honorata Kubisiak-Rzepczyk, Adriana Polańska, Monika Bowszyc-Dmochowska, Ryszard Żaba, Aleksandra Dańczak-Pazdrowska

Klinika Dermatologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu

Wstęp: Owrządzenia kończyn dolnych to rozpoznanie obejmujące szeroką diagnostykę różnicową. W etiologii uwzględnić należy m.in. niewydolność żylną, miażdżycę, cukrzycę, zapalenia naczyń, zgorzelinowe zapalenie skóry czy infekcje, w tym te rzadkie.

Materiał i metody: Opisujemy przypadek 49-letniego mężczyzny, który zgłosił się z rozszanymi, bolesnymi, nieodpowiadającymi na dotychczasowe leczenie owrządzeniami kończyn dolnych. Pierwsze rozwinęło się na prawym podudziu 4 tygodnie po zadrapaniu przez bezpieczeństwa kota. Ponadto trzy zmiany pojawiły się w okolicy kostki bocznej lewej oraz po jednej na lewym podudziu, lewym udzie i lewym pośladku. Z owrządzenia na prawym podudziu wykonano głęboką biopsję z wycięciem z rany po biopsji do bezpośredniego badania mikologicznego oraz hodowli. Ze zmiany na lewym udzie pobrano wycinek do badania histopatologicznego, a z lewego pośladka — do badania DIF. Zlecono także badania laboratoryjne.

Wyniki: Rutynowo wykonane badanie w kierunku kiły dały wynik dodatni (TPHA w mianie 1:320, RPR ujemny). Obraz badania histopatologicznego (lewe udo) odpowiadał osutce kiłowej ze współistnieniem wyprysku. DIF był ujemny. W badaniu mikologicznym bezpośrednim (prawe podudzie) zaobserwowano strzępki grzybni, a w hodowli wyhodowano *Sporothrix spp.* Rozpoznano kiłę o nieokreślonym czasie trwania oraz sporotrychozę. Zastosowano leczenie penicyliną i itrakonazolem zgodnie z zalecanymi schematami. Po miesiącu owrządzenia niemal w całości uległy zagojeniu.

Wnioski: Owrządzenia kończyn dolnych stawiają wyzwania diagnostyczno-terapeutyczne. Choć rzadkie, zarówno sporotrychozę, jak i owrządzenia opisanego typu w przebiegu kiły utajonej, należy brać pod uwagę w diagnostyce różnicowej, zwłaszcza u pacjentów nieodpowiadających na leczenie. Wykonanie odpowiednich badań, takich jak w tym przypadku głęboka biopsja z bezpośrednim badaniem mikologicznym i hodowlą, jest niezbędne do ustalenia właściwej diagnozy i wdrożenia odpowiedniego leczenia. Mając na uwadze stale obserwowany wzrost zachorowań na kiłę, warto propagować okresowe badania kontrolne w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową u osób aktywnych seksualnie.

SARKOIDOZA SKÓRNA WYWOŁANA PRZEZ LASEROTERAPIĘ. OPIS PRZYPADKU I PRZEGLĄD LITERATURY

Hanna Cisoń¹, Magdalena Simon-Błażewicz², Joanna Suseł³, Zdzisław Woźniak⁴, Jacek C Szepietowski¹, Rafał Białynicki-Birula¹

¹Uniwersyteckie Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej we Wrocławiu

²Medplus Gabinet Lekarski M. Simon-Błażewicz, Świdnica

³JM Suseł Clinic, Wrocław

⁴Katedra Patologii Klinicznej i Doświadczalnej, Wrocław

Wstęp: Sarkoidoza to choroba układowa, charakteryzująca się tworzeniem nieserowaciejących ziarniaków. Etiologia jest nieznaną, brane

są pod uwagę czynniki genetyczne, ale wykazano wiele czynników środowiskowych, które doprowadzają do powstania/ujawnienia choroby.

Materiał i metody: Pacjentka, 38-letnia, została przyjęta do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii we Wrocławiu z powodu obecności rumieniowych i naciekowych zmian skórnych na twarzy, które pojawiły się około miesiąc po frakcyjnej laseroterapii ablacynnej laserem CO₂. Wykonano tylko jeden zabieg (125 mm, 8 mm, 25% i 12 W). W leczeniu zastosowano miejscowo maść propionian klobetazolu 0,05% i doustnie chlorochinę 250 mg, 2 razy dziennie przez 2 miesiące, co doprowadziło do zmniejszenia rumienia i nacieku, jednakże po odstawieniu leczenia zmiany skórne nawróciły. Wykonano biopsję skóry, która wykazała sarkoidozę skórną. Pacjentka po otrzymaniu wyniku biopsji była ponownie hospitalizowana, wykonano diagnostykę obejmującą RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej i obwodowych węzłów chłonnych, nie wykazując istotnych nieprawidłowości. Po wypisie kontynuowano leczenie maścią takrolimus 0,1% i klobetazolem 0,05%, co dało umiarkowaną poprawę. Dwa miesiące później, podczas kolejnej hospitalizacji, ponownie obserwowano zmiany skórne na czole, policzkach i nosie, ale o mniejszym nasileniu. Wyniki badań laboratoryjnych były w normie, a test Quantiferon był ujemny. Zdecydowano o rozpoczęciu terapii metotreksatem 15 mg tygodniowo s.c., jednak z powodu braku zadowalających efektów po 3 miesiącach zmieniono leczenie na prednizon. Stopniowe zmniejszanie dawki prednizonu (20–10–5 mg dziennie) przyniosło poprawę objawów skórnych.

Wyniki: W literaturze są opisy przypadków sarkoidozy skórnej pojawiającej się w miejscach, gdzie wcześniej przeprowadzono blefaroplastykę, tatuaże, przekłuwanie skóry, iniekcje czy makijaż permanentny. Jedną z metod leczenia zmian skórnych w przebiegu sarkoidozy skórnej jest laseroterapia, ale ukazały się dwie prace wskazujące na indukcję sarkoidozy skórnej po stymulacji laserowej, tak jak u opisaną przez nas pacjentki.

Wnioski: Laseroterapia jest wykorzystywana do leczenia sarkoidozy skórnej, natomiast trzeba pamiętać, że laser może pogorszyć nasilenie zmian, jak i również być czynnikiem wywołującym chorobę *de novo*.

PĘCZERZYCA ZWYKŁA IMITUJĄCA GUZ NOSA — OPIS PRZYPADKU

Magdalena Bądziąg¹, Martyna Kłossowska², Anna Zaryczarska², Ewa Grzybek-Duda³, Izabela Karamon², Roman J. Nowicki²

¹Dermatologiczne Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii,

Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

³Katedra i Zakład Patomorfologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Pęcherzyca zwykła (PV, *pemphigus vulgaris*) jest autoimmunizacyjną chorobą pęcherzową skóry i/lub błon śluzowych. Obraz kliniczny PV charakteryzuje się bolesnymi pęcherzami i nadżerkami w obu lokalizacjach, jednak pierwsze objawy pojawiają się zazwyczaj na błonach śluzowych, a po kilku tygodniach dołączają do nich zmiany skórne. Pęcherzyca zwykła objawiająca się jako pojedyncza, pierwotna zmiana na skórze nosa, bez zajęcia błon śluzowych występuje rzadko.

Materiał i metody: Przedstawienie przypadku rzadkiej manifestacji pęcherzyca zwykłego na skórze nosa.

Wyniki: Pacjent 55-letni został przyjęty na oddział dermatologii z podejrzeniem choroby pęcherzowej. Miesiąc wcześniej pacjent przeszedł zabieg wycięcia guza nosa wraz z jego plastyką i rekonstrukcją na oddziale chirurgii plastycznej. Początkowo w badaniu histopatologicznym wyciętych tkanek postawiono diagnozę nabłonniaka akantolitycznego, usuniętego doszczętnie, jednak zmiana powróciła w tej samej lokalizacji, a dołączyły do niej zmiana na czole i nadżerki błony śluzowej jamy ustnej. Dalsza diagnostyka pozwoliła potwierdzić rozpoznanie pęcherzyca zwykłego. Włączono systemowe leczenie glikokortykosteroidami, a miesiąc później w związku z brakiem poprawy postanowiono o dołączeniu rituksimabu. Na kontrolnej wizycie po kolejnym miesiącu zaobserwowano remisję choroby przy dobrej tolerancji leczenia.

Wnioski: Przypadki pęcherzyca zwykłego zlokalizowanej na skórze twarzy i przy braku obecności zmian na błonach śluzowych mogą sprawiać trudności diagnostyczne. Diagnostyka różnicowa zgodnie ze standardem powinna być przeprowadzona w oparciu zarówno o badanie bezpośredniej immunofluorescencji, jak i badanie immunoenzymatyczne ELISA.

PREZENTACJA PRZYPADKÓW V

ASEPTYCZNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH ZE WSPÓLISTNIEJĄCYM ZESPOŁEM POSNERA–SCHLOSSMANA ZWIĄZANE Z LECZENIEM ŁUSZCZYCY ADALIMUMABEM

Magdalena Pałdyna, Ewelina Biało-Wójcicka

Oddział Dermatologii Dorosłych, Międzyzleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie

Wstęp: Aseptyczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych jest stanem zapalnym, w przebiegu którego w płynie mózgowo-rdzeniowym występuje pleocytoza, a w posiewie nie stwierdza się wzrostu bakterii. Wśród czynników etiologicznych najczęściej wyróżnia się zakażenie wirusowe oraz leki stosowane przez pacjenta. W części przypadków przyczyną pozostaje nieznaną. Zespół Posnera–Schlossmana jest rzadką chorobą związaną z jednostronnym zapaleniem ciała rzęskowego i przedniego odcinka błony naczyniowej oka, związanym z podwyższonym ciśnieniem śródgałkowym.

Materiał i metody: Opis przypadku pacjenta z aseptycznym zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych i zespołem Posnera–Schlossmana w trakcie leczenia biologicznego łuszczycy.

Wyniki: Pacjent 35-letni, w 12. tygodniu leczenia adalimumabem z powodu łuszczycy, zgłosił ból głowy w okolicy czołowej i gałki ocznej prawej od 3 tygodni z gorączką do 39°C. Przy przyjęciu na oddział chorób zakaźnych pacjent był w stanie średnio dobrym. W badaniach stwierdzono podwyższone CRP i D-dimery, w badaniu PMR cytoza 143/μL z przewagą limfocytów, graniczne stężenie białka i glukozy. Posiew PMR oraz krwi były ujemne. PCR PMR w kierunku czynników wirusowych, bakteryjnych oraz *Cryptococcus* były ujemne. Wykluczono SARS-CoV-2, HIV, HCV, HBV i KZM. Z uwagi na podejrzenie leku jako czynnika etiologicznego aseptycznego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych leczenie zmieniono na tyltrakizumab, uzyskując w dalszej obserwacji normalizację parametrów PMR oraz redukcję zmian skórnych.

Wnioski: Przedstawiono rzadki przypadek aseptycznego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych współistniejący z zespołem Posnera–Schlossmana w trakcie leczenia adalimumabem. Rozpoznanie zostało postawione po wykluczeniu innych czynników prowokujących w pierwszej kolejności o podłożu infekcyjnym w oparciu o szczegółowo zebrany wywiad uwzględniający przyjmowane przez pacjenta leki.

ZESPÓŁ ROWELLA O ETIOLOGII POLEKOWEJ — OPIS PRZYPADKU

Marta Kacprzyk, Barbara Koryczan, Katarzyna Kaleta, Paweł Brzewski

Oddział Dermatologiczny z Pododdziałem Dziecięcym, Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie

Wstęp: Mianem zespołu Rowella określa się obecność wykwitów przypominających rumień wielopostaciowy u pacjentów z toczniem rumieniowatym.

Materiał i metody: Przedstawienie opisu przypadku chorego z zespołem Rowella o podejrzaną etiologię polekową.

Wyniki: Pacjent 52-letni został przyjęty na oddział dermatologiczny celem diagnostyki i leczenia zlewnych zmian rumieniowo-grudkowych zlokalizowanych na całym ciele, układających się koncentrycznie o obrazie tarczy strzelniczej. W wywiadzie miesiąc przed wystąpieniem zmian włączono do leczenia rywaroksaban, bisoprolol oraz dekslanzoprazol. W wynikach badań stwierdzono podwyższone stężenia prób wątrobowych. Z uwagi na podejrzenie rumienia wielopostaciowego włączono do leczenia glikokortykosteroidoterapię systemową (GKS) oraz pobrano biopsję skóry do badania histopatologicznego. W kolejnych dniach hospitalizacji obserwowano rozprzestrzenianie zmian skórnych (BSA 30%) oraz spżelanie naskórka na plecach i zmiany rumieniowe na śluzówkach. Z uwagi na podejrzenie zespołu Stevensa–Johnsona włączono cyklosporynę w dawce 400 mg/d oraz metyloprednizolon. Odstawiono rywaroksaban, bisoprolol oraz dekslanzoprazol. Obserwowano stabilizację stanu miejscowego i stopniowo redukowano dawkę cyklosporyny. Z uwagi na otrzymane w kolejnych dobach wyniki badań: ANA2 — typ świecenia ziarnisty 1:5120, ANA3 — SS-A natywne +++,

Ro-52 rekombinat +++, SS-B +++, Scl-70 +, RF 45,70 IU/ml wysnuto podejrzenie SCLE. W opisie badania histopatologicznego biopsji skóry stwierdzono opisano obraz charakterystyczny dla zespołu Rowella. Włączono hydroksychlorochinę w dawce 400 mg/d oraz zredukowano dawkę GKS, uzyskując poprawę stanu miejscowego pacjenta.

Wnioski: Zespół Rowella jest rzadkim zespołem charakteryzującym się zmianami o typie rumienia wielopostaciowego z obecnością przeciwciał przeciwko antygenom Ro/La, podwyższonego miana przeciwciał przeciwjądrowych o plamistym typie świecenia oraz czynnika reumatoidalnego. Z uwagi na opisywane w literaturze przypadki zespołu Rowella o etiologii polekowej, zaleca się analizę przyjmowanych leków pod kątem ich zdolności do wywoływania objawów i czasu, który upłynął od ich włączenia.

WSPÓŁWYSTĘPOWANIE ŁOJOTOKOWEGO ZAPALENIA SKÓRY I ALERGICZNEGO KONTAKTOWEGO ZAPALENIA SKÓRY — PRZYPADK KLINICZNY ORAZ PRZEGLĄD LITERATURY

Marta Pośpiech, Maciej Pastuszczak

Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii w Zabrzcu

Wstęp: Łojotokowe zapalenie skóry (ŁZS) jest przewlekłą oraz nawrotową dermatozą rozpoznawaną najczęściej na podstawie obrazu klinicznego. Schorzenie jest niezwykle uciążliwe dla pacjentów i istotnie wpływa na obniżenie jakości życia. Terapia ŁZS jest trudna i zwykle mało satysfakcjonująca dla chorych. Większość pacjentów z ŁZS podaje nietolerancję bardzo wielu preparatów wykorzystywanych w terapii i pielęgnacji. Co interesujące, w obserwacjach własnych stwierdzono, że objawy nietolerancji nasilają się wraz z czasem trwania schorzenia. Współwystępowanie alergii kontaktowej i łojotokowego zapalenia skóry wydaje się być mało eksplorowane w badaniach nad patogenezą łojotokowego zapalenia skóry. Nadwrażliwość kontaktowa może mieć jednak kluczowe znaczenie, szczególnie w przypadkach, w których nie udaje się osiągnąć dłuższych remisji po zastosowaniu leczenia.

Materiał i metody: Celem niniejszej pracy jest krytyczny przegląd literatury dotyczący związku łojotokowego zapalenia skóry z nadwrażliwością kontaktową oraz prezentacja przypadku. Pacjent 44-letni, z wieloletnim wywiadem łojotokowego zapalenia w zakresie skóry owłosionej głowy, został przyjęty do kliniki dermatologii celem pogłębienia diagnostyki nieustępujących pod wpływem leczenia zmian na skórze owłosionej głowy z towarzyszącym świądem. W trakcie hospitalizacji u pacjenta poszerzono diagnostykę w kierunku alergicznego kontaktowego zapalenia skóry, wykonując naskórkowe testy płatkowe (NTP).

Wyniki: W NTP stwierdzono reakcje po 48 h na: olej goździkowy (+/-), geraniol (+/-), kit pszczeli (+/-), rumianek (+/-), siarczan niklawy (+/-), p-fenyldiaminę (+/-), dwuchromian potasowy (+/-), kalafonie (+/-), kwas salicylowy (+/-), trójetylenocztteroaminę (+/-), butylfenylenoformaldehyd (+/-), nadtlenek bezoilu (+/-) oraz 4-tert-butylphenol (+/-), a po 72 h na: nadtlenek bezoilu (+), siarczan niklawy (+/-) oraz p-fenyldiaminę (+/-).

Wnioski: Prace *North American Contact Dermatitis Group* wykazały, że u pacjentów z ŁZS najczęstszymi alergenami kontaktowymi są: siarczan niklu (14,9%), thiomersal (9,1%), neomycyna (7,2%), mieszanica zapachowa I (5,6%) oraz tiosiarczan sodowy złota (5,5%). Ljubojevic i wsp. wykazali, że u pacjentów z ŁZS, u których przewlekłe stosowano miejscowe glikokortykosteroidy, występowanie alergii kontaktowej jest częstsze (66% vs. 34%), a przewlekłe stosowanie tych preparatów może prowadzić do rozwoju nadwrażliwości kontaktowej również na te substancje. U pacjentów z ŁZS warto rozważyć wykonanie naskórkowych testów płatkowych. Pozwoli to na identyfikację czynników nasilających objawy schorzenia i ich unikanie w procesie leczenia i pielęgnacji.

PODSTĘPNY PRZEBIEG PIODERMII ZGORZELINOWEJ U 11-LETNIEJ PACJENTKI

Maja Kleniewska, Natalia Zdanowska, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej, Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

Wstęp: Piodermia zgorzelinowa (PG, *pyoderma gangrenosum*) należy do heterogennej grupy chorób z kręgu dermatoz neurofilowych. Około 50% przypadków PG związanych jest z chorobami ogólnoustrojowymi,

w tym z zaburzeniami hematologicznymi. W literaturze wyróżniane są cztery główne odmiany PG, tj. wrzodząca, krostkowa, pęcherzowa i ziarniniakowa powierzchniowa.

Materiał i metody: W prezentowanym przypadku 11-letniej pacjentki pierwsze zmiany skórne o charakterze drobnych krost na podłożu zapalnym pojawiły się w okolicach bocznych części tułowia w październiku 2023 roku. Wystąpienie zmian skórnych poprzedzone było infekcją nieżytową górnych dróg oddechowych. Początkowo rozpoznano zapalenie mieszków włosowych. W leczeniu stosowano kolejno preparaty miejscowe z erytromycyną i cynkiem, kwasem fusydowym, nadtlakiem benzoilu, a następnie z powodu kolejnego zaostrzenia włączono doustnie cefuroksym, uzyskując okresową poprawę. Każdorazowo po zakończeniu leczenia obserwowano szybki nawrót zmian, a kolejny epizod charakteryzował się występowaniem liczniejszych zmian z obecnością coraz bardziej nasilonego stanu zapalnego.

Wyniki: Po 3 miesiącach u pacjentki zdiagnozowano niedokrwistość hemolityczną wymagającą kilkakrotnej hospitalizacji na oddziale hematologii i onkologii dziecięcej. Wynik badania histopatologicznego ze zmian skórnych był niecharakterystyczny. Po biopsji zaobserwowano objaw patergii. W wyniku histopatologicznego szpiku kostnego rozpoznano ostrą białaczkę szpikową (AML). Zmiany skórne u pacjentki ustąpiły po wyrównaniu niedokrwistości, co poprzedzało ostateczne rozpoznanie nowotworu limfoproliferacyjnego i rozpoczęcie chemioterapii.

Wnioski: Jedynie około 4% wszystkich przypadków PG występuje u dzieci. Najczęstszą postacią współwystępującą z zaburzeniami hematologicznymi jest postać pęcherzowa PG z nagłym wystąpieniem ropnych lub krwotocznych pęcherzy, towarzyszącymi objawami ogólnoustrojowymi oraz gwałtownym przebiegiem prowadzącym do zmian martwiczych. Ze względu na brak swoistej metody terapeutycznej leczenie PG opiera się na ograniczeniu miejscowego stanu zapalnego, zapewnieniu optymalnych warunków gojenia owróżdzenia oraz kontroli choroby zasadniczej.

MICROSPORUM CANIS — RÓŻNE MANIFESTACJE KLINICZNE

Justyna Putek¹, Alina Jankowska-Konsur¹, Danuta Nowicka^{1,2}

¹Uniwersyteckie Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

²Zakład Dermatologii Estetycznej i Medycyny Regeneracyjnej Skóry, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp: *Microsporum canis* w krajach europejskich jest najczęstszym patogenem wywołującym grzybicę drobnozarodnikową owłosionej skóry głowy, jednak w rzadszych przypadkach może on być także przyczyną grzybicy skóry gładkiej oraz grzybicy strzygącej głębokiej (tzw. kerion celsi).

Materiał i metody: Dwie siostry: 8-letnia oraz 4-letnia zgłosiły się do kliniki dermatologii we Wrocławiu. U starszej dziewczynki zaobserwowano rozległe zmiany w obrębie okolicy ciemieniowej oraz potylicznej o typie rumieniowych blaszek na skórze owłosionej głowy z powierzchniowym złuszczeniem oraz obrzękniętymi obszarami, z wysiękiem ropnym. Zmiany te pojawiły się około dwa tygodnie wcześniej niż u młodszej siostry, u której zaobserwowano rumieniową dobrze odgraniczoną zmianę na tułowiu po stronie lewej z łuszczącą powierzchnią z mniejszymi, satelitarnymi ogniskami wokół zmiany. Zmiany powodowały miernie nasilony świąd u obu dziewczynek. Ponadto matka zgłosiła, że brat dziewczynki także posiada zmiany o podobnej morfologii i objęty jest leczeniem przeciwgrzybiczym. W gospodarstwie domowym trzy miesiące przed pojawieniem się zmian została zakupiona świnka morska, z którą dzieci intensywnie się bawiły.

Wyniki: U dzieci wynik badania PCR okazał się być dodatni w kierunku *Microsporum canis*. Wdrożono leczenie doustne terbinafiną — u starszej dziewczynki 125 mg 1 × dziennie przez 12 tygodni, a u młodszej 62,5 mg 1 × dziennie przez 8 tygodni oraz leczenie miejscowe cyklopirokssem. Po zakończeniu kuracji stwierdzono ustąpienie zmian skórnych, a u starszej pacjentki niepełny odrost włosów.

Wnioski: *Microsporum canis* może prezentować różne manifestacje skórne, które wymagają celowanego leczenia. W grzybicy strzygącej głębokiej wywołanej przez *Microsporum canis* odrost włosów może być niepełny i niesatisfakcjonujący.

SKÓRNA POSTAĆ HISTIOCYTOZY Z KOMÓREK LANGERHANSA — WYZWANIA DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNE

Martyna Duda, Hubert Arasiewicz, Michał Dec, Lilianna Leśniak-Jakubiec

Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu

Wstęp: Histiocytoza z komórek Langerhansa jest rzadko występującym schorzeniem zapalno-rozrostowym obejmującym mieloidalne komórki dendrytyczne. Charakteryzuje się szerokim spektrum objawów klinicznych, które mogą dotyczyć pojedynczego układu lub mieć postać wielonarządową. O rozpoznaniu histiocytozy z komórek Langerhansa decyduje obraz kliniczny wraz z oceną histopatologiczną. Warunkiem umożliwiającym ostateczne rozpoznanie jest dodatni wynik barwienia immunohistochemicznego chorobowo zmienionych komórek na ekspresję białka S100 i CD1a. Celem pracy jest przedstawienie przypadku skórnej postaci histiocytozy z komórek Langerhansa u niemowlęcia.

Materiał i metody: Przypadek przygotowano na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej, w tym dokumentacji fotograficznej, wyników badań laboratoryjnych, badania histopatologicznego i badań dodatkowych.

Wyniki: Zaprezentowano przypadek niemowlęcia płci męskiej, u którego wystąpiły liczne zmiany rumieniowo-grudkowe pokryte żółtą łuską na skórze głowy, skroni i twarzy, a także sączące zmiany rumieniowo-nadżerkowe umiejscowione głównie na brzuchu, na górnej części klatki piersiowej, w pachwinach, pod pachami oraz w okolicy szpary pośladkowej. Rozpoznanie potwierdzono badaniem histopatologicznym. Wykonano dodatkowe badania diagnostyczne, które nie wykazały nieprawidłowości. Zastosowano miejscowe preparaty steroidowe i odkażające — z poprawą. Pacjenta przekazano na oddział hematologii dziecięcej celem dalszej diagnostyki.

Wnioski: Obraz kliniczny skórnej postaci histiocytozy z komórek Langerhansa może naśladować inne jednostki chorobowe, dlatego należy zawsze wziąć pod uwagę to rozpoznanie w diagnostyce różnicowej wykwitów przypominających łojotokowe lub pieluszkowe zapalenie skóry, gdy zmiany nie ustępują mimo standardowego leczenia. U wszystkich pacjentów konieczne jest wykluczenie zajęcia narządów wewnętrznych. Ze względu na przewlekły i nawrotowy charakter schorzenia długoterminowa opieka nad pacjentami jest niezbędna i wymaga interdyscyplinarnej współpracy między specjalistami, m.in. w dziedzinie onkologii, dermatologii, pediatrii, radiologii i patologii.

SYRINGOCYSTADENOCARCINOMA PAPILLIFERUM U PACJENTA Z ZESPOŁEM SHIMMELPENNINGA-FEUERSTEINA-MIMSA

Natalia Machoń, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Agnieszka Markiewicz

Klinika i Katedra Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Wstęp: Zespół Schimmelpenninga-Feuersteina-Mimsa (zespół linijnego znamienia łojowego) to rzadkie schorzenie nerwowo-skróne należące do fakomatoz. Charakteryzuje się obecnością znamion łojowych, zwykle na skórze głowy i twarzy oraz zaburzeniami ze strony innych układów. Na podłożu znamienia łojowego może rozwinąć się rzadki złośliwy guz *syringocystadenocarcinoma papilliferum* (gruczolakorak potowy brodawkujący), który wywodzi się z gruczolów potowych apokrynowych. Zwykle jest zlokalizowany na skórze owłosionej głowy, lecz zajmuje też inne okolice ciała. Klinicznie zmiana ma charakter guzka. W rozpoznaniu przydatne jest badanie dermoskopowe, ale niezbędne jest badanie histopatologiczne. W związku z tym, iż opisano bardzo mało przypadków tej choroby, nie ustalono standardów postępowania. Podstawą leczenia jest radykalne wycięcie chirurgiczne. Celem pracy jest przedstawienie przypadku transformacji nowotworowej znamienia łojowego u pacjenta z zespołem Schimmelpenninga-Feuersteina-Mimsa.

Materiał i metody: Pacjent 39-letni z zespołem Schimmelpenninga-Feuersteina-Mimsa, pod opieką poradni dermatologicznej od wieku młodzieńczego z powodu znamienia łojowego na tułowiu oraz nawracających zapaleń tkanki podskórnej, zgłosił się na wizytę do Kliniki

Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej w Olsztynie, prezentując nowe zmiany guzkowe, które pojawiły się w zakresie znamienia. Podczas wizyty zmiany zostały doszczętnie wycięte chirurgicznie.

Wyniki: W wyniku histopatologicznego wycinka znamienia łojowego opisano *syngocystadenocarcinoma papilliferum in situ*, który powstał w obrębie *syngocystadenoma papilliferum*.

Wnioski: W przypadku pacjenta z zespołem Schimmelpenninga–Feuersteina–Mimsa należy brać pod uwagę możliwość rozwinięcia się zmiany nowotworowej na podłożu znamienia łojowego. W związku z tym tacy pacjenci powinni być często kontrolowani dermatologicznie, a w przypadku podejrzenia transformacji nowotworowej zmiany powinna być wykonana biopsja z badaniem histopatologicznym oraz chirurgiczne doszczętnie usunięcie zmiany.

ZESPÓŁ PRIDE JAKO POWIKŁANIE LECZENIA INHIBITORAMI EGFR — PREZENTACJA PRZYPADKÓW KLINICZNYCH

Kamil Sikorski, Jolanta Węglowska

Oddział Dermatologiczny z Pododdziałem Dermatologii Dziecięcej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

Wstęp: Leki wpływające hamująco na szlak sygnałowy związany z EGFR są szeroko stosowane we współczesnej terapii onkologicznej. Stosowane są w leczeniu raka płuca, raka płaskonabłonkowego głowy i szyi, raka jelita grubego i raka trzustki. Wśród dermatologicznych skutków ubocznych związanych ze stosowaniem tych leków opisywany jest zespół objawów PRIDE (*papulopustules and/or paronychia, regulatory abnormalities of hair growth, itching, and dryness due to EGFR inhibitors*).

Materiał i metody: Praca prezentuje przypadki dwóch pacjentów leczonych na Oddziale Dermatologii WSS we Wrocławiu, u których rozpoznano zespół PRIDE.

Wyniki: Przypadek I — Pacjent w wieku 73 lat, w trakcie leczenia cetuksymabem z powodu raka jelita grubego, przyjęty z powodu zmian skórnych grudkowo-krostkowych obejmujących twarz, klatkę piersiową, plecy z towarzyszącym pieczeniem i suchością skóry. Chory leczony cetuksymabem od ponad 4 lat, objawy toksyczności skórnej pojawiły się po kilku miesiącach terapii. Przypadek II — Pacjent w wieku 73 lat, przyjmujący afatynib w terapii raka płuca. Przyjęty z powodu zmian grudkowo-krostkowych obejmujących twarz, klatkę piersiową, ramiona, z towarzyszącym zapaleniem spojówek. Chory leczony afatynibem od 1 miesiąca, zmiany pojawiły się po około 3 tygodniach terapii. W leczeniu pacjentów zastosowano limecycylinę w dawce 408 mg/dz. + miejscowo metronidazol 2 × dz. Obserwowano znaczną poprawę w zakresie zmian skórnych po zastosowanym leczeniu.

Wnioski: Obaj pacjenci leżeni różnymi lekami wpływającymi hamująco na szlak sygnałowy związany z EGFR, prezentowali podobne objawy wpisujące się w spektrum zespołu PRIDE. Leczenie objawów zespołu PRIDE uzależnione jest od stopnia nasilenia zmian skórnych. W przypadku miernie nasilonej osutki grudkowo-krostkowej rekomendowane jest leczenie miejscowe: preparaty glikokortykosteroidowe i antybiotyki. W przypadkach bardziej nasilonych zasadne jest włączenie w leczeniu ogólnym antybiotyku z grupy tetracyklin. W przypadku zajęcia > 50% skóry rekomendowane jest przerwanie stosowania inhibitorów EGFR do czasu redukcji zmian.

LEISZMANIOZA SKÓRNA: DIAGNOSTYKA I LECZENIE RZADKIEJ CHOROBY PASOŻYTNICZEJ U PACJENTKI PO PODRÓŻY DO AMERYKI POŁUDNIOWEJ

Katarzyna Wałęga-Samorek, Jakub Marczuk, Justyna Janocha-Litwin, Jolanta Węglowska

Ośrodek Badawczo Rozwojowy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu

Wstęp: Leiszmanioza skórna (CL, *cutaneous leishmaniasis*) to tropikalna choroba pasożytnicza wywołana przez pierwotniaki z rodzaju *Leishmania*, przenoszone przez owady z rodziny muchówek. Występuje głównie w regionach tropikalnych i subtropikalnych, takich jak Ameryka Południowa, Afryka, Bliski Wschód i Azja. Okres inkubacji objawów

choroby trwa od kilku tygodni do kilku lat. W miejscu ukłucia powstaje guzek, który stopniowo przekształca się w owrzodzenie z wyniosłym brzegiem. W większości przypadków zmiana skórna ustępuje samoistnie po kilku miesiącach, jednakże mogą też wystąpić przewlekłe, rozległe i liczne owrzodzenia. Diagnostyka obejmuje testy serologiczne z krwi, badanie mikroskopowe, hodowle oraz badania metodą pobranego wycinka ze zmiany skórnej. Leczenie polega na zastosowaniu związków antymonu lub leków przeciwgrzybiczych ogólnoustrojowo oraz wspomagająco leczenia miejscowego.

Materiał i metody: Pacjentka 47-letnia z nieogojącym się od ponad sześciu miesięcy owrzodzeniem na szyi, po podróży do Peru i Boliwii, trafiła do naszej poradni dermatologicznej na końcowym etapie leczenia z rozpoznaniem leiszmaniozy skórnej, celem wykonania krioterapii. Początkowo konsultowana była na oddziale dermatologicznym, gdzie mimo szerokiej diagnostyki (m.in. ujemne wyniki badań mykologicznych, ujemne posiewy pobrane ze zmiany oraz wycinek do badania histopatologicznego — bez dostępnego wówczas wyniku) nie ustalono ostatecznego rozpoznania. Leczenie miejscowe sterydami oraz ogólne erytromycyną i klindamycyną było nieskuteczne. Następnie pacjentka została skierowana na oddział chorób zakaźnych na dalszą diagnostykę. W zeszkrobinach z owrzodzenia potwierdzono zakażenie *Leishmania brasiliensis guyanensis* — metodą testów molekularnych PCR, mimo ujemnego wyniku badania mikroskopowego. Zastosowano leczenie ogólne flukonazolem 200 mg/d przez 4 tygodnie oraz trzykrotną krioterapię, co przyniosło znaczną poprawę miejscową.

Wyniki: Leiszmanioza skórna jest rzadką jednostką chorobową w codziennej praktyce dermatologicznej w Polsce, co sprawia, że stanowi wyzwanie diagnostyczno-terapeutyczne.

Wnioski: W diagnostyce zmian skórnych niezwykle istotne jest dokładne zbieranie wywiadu, szczególnie dotyczącego podróży, z uwagi na rosnącą liczbę wyjazdów w rejon występowania chorób tropikalnych, co będzie stanowić wyzwanie w codziennej praktyce.

KIEDY SARKOIDOZA UDAJE RAKA — NIETYPOWY PRZYPADK SKÓRNEJ SARKOIDOZY I ZMIANY SUTKA

Aleksandra Tobiasz, Łukasz Matusiak, Joanna Maj, Alina Jankowska-Konsur

Uniwersyteckie Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wstęp: Sarkoidoza to jednostka chorobowa mogąca zajmować różne układy, w dalszym ciągu o nie do końca jasnej etiologii. Jej skórna manifestacja może mieć tendencję do imitowania rozmaitych chorób dermatologicznych. Aby potwierdzić rozpoznanie, niezbędne jest badanie histologiczne.

Materiał i metody: Na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej pacjentki, jak również wyników badań, przedstawiono opis przypadku sarkoidozy imitującej nowotwór sutka.

Wyniki: Pacjentka, 51-letnia, została przyjęta na oddział Uniwersyteckiego Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej we Wrocławiu celem diagnostyki naciekowych zmian skórnych, które zaczęły się pojawiać około 2 lata przed przyjęciem. Pacjentka obciążona nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą typu 2, po tyroidektomii totalnej z powodu gruczolaka przytarczyc, negująca jakiegokolwiek objawy ogólne. Jednocześnie pacjentka zgłosiła, że ze względu na niepokojący wynik mammografii (BIRADS 5) i USG piersi pozostaje w oczekiwaniu na wynik biopsji gruboigłowej sutka lewego. Dotychczas pacjentka na zmiany skórne stosowała miejscowo klobetazol — bez poprawy. Przy przyjęciu na oddział stwierdzono zmiany naciekowe — w obrębie piersi lewej, biodra oraz kolana lewego. W wykonanych badaniach laboratoryjnych i obrazowych nie stwierdzono zmian budzących niepokój onkologiczny. Biorąc pod uwagę wynik mammografii, początkowo wysunięto podejrzenie przerzutów nowotworowych do skóry. Celem ustalenia rozpoznania pobrano biopsję ze zmiany naciekowej. Ostatecznie badanie histologiczne zmiany naciekowej oraz otrzymany przez pacjentkę wynik biopsji gruboigłowej sutka potwierdziły sarkoidozę.

Wnioski: Sarkoidoza sutka pozostaje rzadką manifestacją tej choroby, wymagającą pilnej diagnostyki onkologicznej oraz biopsji celem wykluczenia procesu nowotworowego.

OBECNOŚĆ AUTOPRZECIWIĄŁ PRZECIWKO DESMOGLEINIE 3 W PRZEBIEGU ZESPOŁU TOKSYCZNEJ NEKROLIZY NASKÓRKA

Mateusz Lysek, Rafał Białynicki-Birula

Oddział Kliniczny Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

Wstęp: Desmogleina 3 (DSG3) jest jednym z białek adhezyjnych, które odgrywa kluczową rolę w utrzymaniu strukturalnej integralności naskórka, łącząc keratynocyty. W rumieniu wielopostaciowym (EM) opisano przejściową obecność autoprzeciwił przeciwjądrowych oraz przeciwko plakinom, ale nie przeciwko DSG3.

Materiał i metody: Przedstawiono przypadek 61-letniej pacjentki obciążonej trisomią 21, u której przed uzyskaniem wyniku bezpośredniego badania immunofluorescencyjnego (DIF) na podstawie obrazu klinicznego oraz obecności autoprzeciwił przeciwko DSG3 (99,6 RI/ml) podejrzewano pęcherzycę zwykłą. Przy przyjęciu na oddział dermatologiczny obserwowano pojedyncze rozległe wielocentymetrowe pęcherze na podłożu rumieniowym z dodatnim objawem Nikolskiego oraz nadżerki. Zmiany zlokalizowane były na klatce piersiowej, brzuchu, plecach, kończynach górnych i dolnych, powiekach górnych oraz górnej i dolnej wardze, łącznie z zajęciem części śluzówkowej. W badaniu DIF wykazano ciała owalne (*cytoïd bodies*) utworzone z IgA, IgM, C1q, C3c umiejscowione w górnych warstwach naskórka i pojedyncze poniżej granicy skórno-naskórkowej. Obecna była akantoliza. Nie wykazano złogów IgG. W badaniu histopatologicznym wykazano brak podstaw do rozpoznania choroby pęcherzowej, a obraz histologiczny nie wykluczał rumienia wielopostaciowego.

Wyniki: Włączone leczenie farmakologiczne z zastosowaniem podanych systemowo glikokortykosteroidów oraz rituksymabu spowodowało istotną poprawę kliniczną. Po uzyskaniu wyników DIF i histopatologicznego zrewidowano rozpoznanie na toksyczną nekrolizę naskórka.

Wnioski: Powyższy przypadek opisuje immunologiczny fenomen obecności autoprzeciwił przeciwko DSG3 przy wykluczeniu cech chorób pęcherzowych w DIF i obrazie klinicznym sugerujących chorobę pęcherzową. W literaturze brak dowodów na udział DSG3 w patogenezie EM.

DRESS CZY CHŁONIAK Z OBWODOWYCH KOMÓREK T, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANY (PTCL-NOS)? OTO JEST PYTANIE

Małgorzata Grabarczyk¹, Ryszard Swoboda², Katarzyna Michalak², Dorota Ponikiewska³, Jolanta Smyk¹, Małgorzata Krawczyk-Kuliś², Sebastian Giebel², Grażyna Kamińska-Winciorek²

¹Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii, Zabrze

²Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, Narodowy Instytut Onkologii, Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach

³Zakład Patologii Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii, Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach

Wstęp: Chora w wieku 70 lat z rozpoznaniem chłoniakiem z obwodowych komórek T, gdzie indziej niesklasyfikowanym (PTCL-NOS, *peripheral T-cell lymphoma, not otherwise specified*) po AHSCT (*autologous hematopoietic stem cell transplantation*) i wielolekowej chemioterapii została przyjęta do kliniki onkohematologii celem ustalenia dalszego postępowania. Od 14 dni obserwowwała żywoczerwoną uogólnioną osutkę plamisto-grudkową, wstępnie zdiagnozowaną jako reakcję polekową. W toku hospitalizacji obserwowano gwałtowną progresję zmian do czerwono-sinych grudek i guzków.

Materiał i metody: Omówienie trudności diagnostyczno-terapeutycznych w różnicowaniu pomiędzy zapaleniem naczyń, DRESS (*drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*) a nawrotem PTCL-NOS.

Wyniki: Podczas hospitalizacji wysunięto podejrzenie zespołu DRESS, we wstępnej ocenie RegiSCAR uzyskano 3 punkty, w badaniach leukocytoza, małopłytkowość, podwyższone ALP (*alkaline phosphatase*), GGTP (*gamma-glutamyl transpeptidase*), LDH (*lactate dehydrotransferase*) i CRP (*C-reactive protein*). Po zastosowaniu metyloprednizolonu dożylnie w dawce 60 mg/d (1 mg/kg mc) początkowo częściowa poprawa. W kontrolnym leukogramie 69% nieprawidłowych limfocytów, bez eozynofii. Kontrolny RegiSCAR: 5 punktów. W ciągu kilku dni doszło do

ukrwotoczenia zmian na kończynach dolnych oraz progresji z objęciem dodatkowych okolic: twarzy, szyi i dekoltu z tworzeniem zlewnych zmian rumieniowo-naciekowych, grudkowych, z ostatecznym tworzeniem guzków. W badaniach krwi narastająca wiremia HHV-6 (*human herpesvirus 6*). W badaniu histopatologicznym potwierdzono skórny naciek chłoniaka PTCL-NOS. Wobec gwałtownej progresji choroby zastosowano brentuksymab vedotin w ramach RDTL z częściową poprawą i zmniejszeniem liczby i wymiarów zmian skórnych. W trakcie hospitalizacji doszło do rozwoju zapalenia płuc, ciężkiej małopłytkowości, hemolizy, splątania, niewydolności oddechowej. W panelu zakaźnym wykazano obecność wirusa paragrypy typu 2 oraz reaktywację EBV (*Epstein-Barr virus*), z powodu której podano rituksymab. Posiewy krwi były ujemne. Eskalowano leczenie przeciwnieinfekcyjne. Wykonano cytometrię przepływową krwi obwodowej, która potwierdziła naciek 97% komórek PTCL. Wdrożono ratunkowe leczenie z cisplatyną 20 mg/m² w monoterapii. Pomimo intensywnego leczenia w przebiegu licznych powikłań infekcyjnych wtórnych do choroby podstawowej nastąpił zgon pacjentki.

Wnioski: Gwałtowna progresja chłoniaka początkowo klinicznie prezentowała się jako zespół DRESS, ewoluując w szybkim czasie w kierunku zmian naciekowych i znajdując potwierdzenie jako nawrót choroby limfoproliferacyjnej.

PREZENTACJA PRZYPADKÓW VI

STEATOCYSTOMA MULTIPLEX — CZY DIAGNOZA JEST ZAWSZE OCZYWISTA? OPIS PRZYPADKU

Zuzanna Ogrodzińska¹, Zuzanna Świerczewska², Monika Sikorska², Wioletta Barańska-Rybak²

¹Practical & Experimental Scientific Circle, Faculty of Medicine, Medical University of Gdańsk

²Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: *Steatocystoma multiplex* to rzadka choroba objawiająca się licznymi bezobjawowymi zmianami torbielowatymi i guzkowatymi mogącymi przyjmować zabarwienie w kolorze skóry lub żółte. Zmiany najczęściej zlokalizowane są w obszarach o dużym zagęszczeniu gruczołów łojowych, takich jak skóra głowy, szyi, dołów pachowych i pachwinowych, a także klatki piersiowej oraz brzucha. Chorują zarówno kobiety, jak i mężczyźni. Choć dokładna przyczyna powstawania *steatocystoma multiplex* jest w dalszym ciągu słabo poznana, uważa się, że może to być również choroba dziedziczna w sposób autosomalny dominujący.

Materiał i metody: Opisany przypadek dotyczy 33-letniej kobiety rasy żółtej skierowanej do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego z podejrzeniem neurofibromatozy typu 1.

Wyniki: W badaniu przedmiotowym pacjentki odnotowano niewielki podskórny guz na prawym przedramieniu i w okolicy pachowej prawej, a także guzki barwy szarej o średnicy 5–10 mm zlokalizowane na skórze brzucha. W przeprowadzonych badaniach w trakcie diagnostyki nie zaobserwowano innych zmian skórnych lub objawów charakterystycznych dla neurofibromatozy. Ponadto wywiad rodzinny w kierunku *steatocystoma multiplex* był ujemny. W wywiadzie stwierdzono jedynie obustronny niedosłuch odbiorczy oraz migrenę z aurą. Celem diagnostyki zmian skórnych zlecono badanie histopatologiczne wycinka torbielowatej zmiany pobranego ze skóry brzucha. Na podstawie wyników badania histopatologicznego oraz obrazu klinicznego ostatecznie postawiono diagnozę *steatocystoma multiplex*.

Wnioski: *Steatocystoma multiplex* może sprawiać trudności diagnostyczne z uwagi na zbliżony do innych dermatoz obraz kliniczny. Wykonanie badania histopatologicznego na wczesnym etapie diagnostyki jest niezbędne do postawienia odpowiedniego rozpoznania, tym samym skracając ścieżkę diagnostyczną pacjenta i umożliwiając podjęcie skutecznego leczenia.

WYZWANIA TERAPEUTYCZNE W LECZENIU HIDRADENITIS SUPPURATIVA I ZESPOŁU PASS: OPIS PRZYPADKU

Nicole Grabowska, Alexander J. Stratigos, Katerina Liakou

Andreas Syngros Hospital of Venereal & Dermatological Diseases, Athens, Greece

Wstęp: Hidradenitis suppurativa (HS) stanowi przewlekłą chorobę zapalną skóry, której charakterystycznymi cechami są bolesne guzki, ropnie oraz przetoki. W niniejszym opisie przypadku przedstawiono pacjenta z zespołem PASS, obejmującym *Pyoderma gangrenosum* (PG), trądzik zwyczajny, *hidradenitis suppurativa* oraz zeszywniające zapalenie stawów kregostupa.

Materiał i metody: Prezentowany przypadek dotyczy 30-letniego mężczyzny, u którego w wieku 24 lat rozpoznano HS w obrębie szczeliny międzypodłaskowej oraz lewego uda, trądzik guzkowo-torbielowaty od 14. roku życia, a także bóle stawów małych i dolnego odcinka pleców ze sztywnością poranną od 18. roku życia.

Wyniki: Badanie przedmiotowe ujawniło bolesną (VAS 7/10) zmianę wrzodzącą o nieprzyjemnym zapachu na przedniej powierzchni lewego podudzia o nieregularnych, podminowanych brzegach oraz obwodowym rumieniu. Dodatkowo w lewej okolicy podłaskowej i na bocznej powierzchni lewego uda zaobserwowano obecność guzków oraz ropni z połączonymi przetokami. Badania laboratoryjne wykazały podwyższone wartości wykładników stanu zapalnego. Badania obrazowe potwierdziły obecność *sacroiliitis* stopnia III (według kryteriów nowojorskich). Ocena według skali PARACELSUS dla zmiany na lewym podudziu wyniosła 15 punktów, co umożliwiło potwierdzenie rozpoznania PG. Początkowe leczenie obejmowało dożylną podawanie klindamycyny oraz doustne podawanie prednizolonu. Po wypisaniu pacjenta dostosowano leczenie systemowe do doustnego podawania klindamycyny, w połączeniu z amoksycyliną z kwasem klawulanowym. W związku z niewystarczającą odpowiedzią na leczenie i potwierdzeniem rozpoznania PG, włączono terapię podskórną adalimumabem, lekiem anty-TNF, co skutkowało istotną poprawą kliniczną. W trakcie wizyt kontrolnych odnotowano zmniejszenie nasilenia objawów choroby, co znalazło odzwierciedlenie w poprawie stopnia Hurleya oraz wyników IHS4.

Wnioski: Niniejszy przypadek podkreśla złożoność postępowania terapeutycznego u pacjentów z HS i zespołem PASS. HS wpływa na nasilenie i przebieg PG u pacjentów z PASS, co dodatkowo komplikuje leczenie; ponieważ obie choroby wykazują oporność na tradycyjne terapie, leczenie biologiczne staje się jedną z najskuteczniejszych strategii radzenia sobie z tymi trudnymi przypadkami. Wprowadzenie u naszego pacjenta adalimumabu, leku anty-TNF, spowodowało znaczącą poprawę kliniczną.

GRZYBICA DROBNOZARODNIKOWA OWŁOSIONEJ SKÓRY GŁOWY O CIĘŻKIM PRZEBIEGU — OPIS PRZYPADKU

Mikołaj Cichoń¹, Katarzyna Rychlik², Aleksandra Wilkowska¹, Roman J. Nowicki¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

²Pracownia Mykologii Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Wstęp: Grzybica drobnozarodnikowa to najczęstsza dermatofitoza skóry owłosionej głowy u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Chorobę wywołują najczęściej grzyby z rodzaju *Microsporum* lub *Trichophyton*. Obraz kliniczny jest bardzo złożony — od ograniczonych, niewielkich ognisk rumieniowo-żółtawych z ułamanymi na różnym poziomie włosami, po ciężkie, rozległe zmiany guzowate z krostami prowadzące do ognisk łysienia (tzw. kerion).

Materiał i metody: Pacjentka w wieku 16 lat ukraińskiego pochodzenia zgłosiła się do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii UCK w Gdańsku z powodu zmian na skórze owłosionej głowy o charakterze silnie nawarstwionych łusek na podłożu rumieniowym z ułamanymi włosami na całej powierzchni skóry głowy. Ponadto w badaniu stwierdzono ostro odgraniczone ogniska rumieniowo-żółtawo-żółte na bocznej powierzchni uda. Z relacji matki pierwsze zmiany skórne pojawiły się

w 5. roku życia (choruje od 11. roku życia). Pacjentka jest pod opieką Kliniki Dermatologii UCK w Gdańsku od kwietnia 2022 roku. Dotychczas leczona ogólnie lekami przeciwgrzybiczymi (gryzeofulwina, itraconazol, terbinafina) oraz preparatami miejscowymi (m.in. izokonazol z diflukortolonem, cyklopiroksolamina), z częściową poprawą stanu klinicznego. Wprowadzono również reżim sanitarny. W wywiadzie u pacjentki ciężka, nieleczone niedoczynność tarczycy na tle autoimmunologicznego zapalenia tarczycy i niedokrwistość z niedoboru żelaza. Z racji na nawracające ciężkie zapalenia płuc (1–2 na rok), w tym jedno powikłane, wymagające częściowej resekcji płuca, oraz znaczny niedobór masy i wzrostu pacjentka jest obecnie diagnozowana w kierunku zaburzeń odporności w poradni immunologicznej.

Wyniki: W bezpośrednim badaniu mykologicznym materiału pobranego od pacjentki (skóra owłosiona głowy oraz skóra gładka ciała) uwidoczniło liczne struktury grzyba. W hodowli zidentyfikowano *Microsporum spp.*, jednakże obraz nie pozwalał na identyfikację określonego gatunku grzyba z rodzaju *Microsporum*. Badanie mykologiczne powtórzono, dwukrotnie uzyskując te same wyniki.

Wnioski: Grzybica drobnozarodnikowa skóry owłosionej głowy może być wyzwaniem diagnostyczno-terapeutycznym, w szczególności u pacjentów z zaburzeniami endokrynologicznymi i immunologicznymi.

„TWO IS COMPANY, THREE IS A CROWD” — PIODERMIA ZGORZELINOWA, HIDRADENITIS SUPPURATIVA I TRĄDZIK JAKO TRIADA KLINICZNA W ZESPOLE PASH — OPIS PRZYPADKU WRAZ Z POSZUKIWANIEM ALGORYTMU TERAPEUTYCZNEGO

Wiktoria Kruczek, Kornelia Pietrauska, Karina Polak, Stanisław Anczyk, Bartosz Miziołek

Katedra i Klinika Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wstęp: Zespół PASH, będący skrótem od piodermii zgorzelinowej (PG, *pyoderma gangrenosum*), trądziku (*acne*) i *hidradenitis suppurativa* (HS), jest rzadkim, dziedzicznym zaburzeniem autozapalnym. Stan ten jest klasyfikowany w ramach dermatoz neurofilowych i charakteryzuje się jednoczesnym występowaniem tych trzech przewlekłych chorób zapalnych. Dotyczy głównie skóry, bez znaczącego zaangażowania stawów lub narządów trzewnych. Nieproporcjonalnie często dotyka mężczyzn, z proporcją mężczyzn do kobiet wynoszącą prawie 2:1. Zespół PASH zazwyczaj występuje w trzeciej lub czwartej dekadzie życia, z trądzikiem jako początkowy objaw. Choroba może w znaczący sposób okaleczać pacjenta, obniżając jakość i komfort życia. Autorzy przedstawiają przypadek zespołu PASH u pacjentki, u której zaostřeníe skórnych objawów PG i HS wymagało hospitalizacji.

Materiał i metody: Kobieta w wieku 38 lat z otyłością, insulinoopornością i trądzikiem w wywiadzie, od dwóch dekad choruje na HS. Po zaostřeníu HS bez zidentyfikowanych czynników wyzwalających (stopień 3 w skali Hurleya, IHS4 — *severe*, z owrozdzeniem i wydzieliną surowiczą, z silnym bólem utrudniającym badanie węzłów chłonnych pachowych) na kończynie dolnej pojawiła się wrzodząca zmiana z szybką progresją. Pacjentka została skierowana do kliniki dermatologii, gdzie rozpoznano PG. Na podstawie występowania PG, HS i trądziku postawiono diagnozę rzadkiego schorzenia — zespołu PASH.

Wyniki: Pacjentka została przyjęta na oddział dermatologii celem leczenia objawów PASH. Leczenie immunosupresyjne, przeciwzapalne i przeciwbakteryjne przebiegło z pełnym ustąpieniem owrozdzenia PG. W kolonoskopii wykryto wrzodzące zapalenie jelita grubego, włączono mesalazynę. Uzyskano również remisję dotyczącą HS (IHS4-*moderate*) i zmian trądzikowych.

Wnioski: Zespół PASH złożony z piodermii zgorzelinowej, *hidradenitis suppurativa* i trądziku wymaga zindywidualizowanej terapii. Należy zauważyć, że pełna triada może nie być widoczna w momencie diagnozy, co sugeruje potencjalne niedodiagnozowanie przypadków PASH. W zespole PASH występuje nawracający charakter powiązanych schorzeń, a przebieg kliniczny chorób składowych jest cięższy, często z utratą odpowiedzi występującą w czasie. Istnieje potrzeba badań nad zastosowaniem inhibitorów IL-17 i TNF- α w zespole PASH.

DALEKIE KONSEKWENCJE STOSOWANIA IPERYTU SIARKOWEGO U PACJENTA Z ŁUSZCZYCĄ

Katarzyna Józwicka, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej, Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

Wstęp: W latach 60.–80. XX wieku w miejscowym leczeniu łuszczycy stosowano pochodne siarkowe i azotowe iperytów. Formę siarczku w postaci maści stosowano jako lek Psoriazin, produkowany w Związku Radzieckim. Iperyty są to preparaty alkilujące o potwierdzonej mutagenności. Niepożądane skutki stosowania związków iperytów powodują ostre objawy płucne i sercowe, a także odległe objawy skórne, które manifestują się w postaci licznych nowotworów skóry, nawet w nieoświetlonych partiach ciała, dlatego stosowanie związków iperytu przez naszych pacjentów chorych na łuszczycę, szczególnie starszych z długim wywiadem choroby, pochodzących najczęściej z regionu wschodniej Polski, powinno być brane pod uwagę podczas badania dermatologicznego.

Materiał i metody: Mężczyzna 76-letni z nadciśnieniem tętniczym, łuszczycą, łuszczycowym zapaleniem stawów, który w przeszłości (lata 80.) stosował iperyt siarkowy w maści na zmiany łuszczycowe, zgłosił się do poradni dermatologicznej z powodu licznych ognisk rumieniowo-łuszczających o charakterze rogowacenia słonecznego na twarzy, tułowiu i kończynach górnych. Ponadto w wywiadzie stan po usunięciu zmian guzkowych barwy cielistej z nadżerką w centrum zlokalizowanych na klatce piersiowej w okolicy nadobojczykowej i podobojczykowej prawej.

Wyniki: W badaniu histopatologicznym ze zmian wykazano utkanie BCC. W przeszłości pacjent miał kilkakrotnie usuwane zmiany guzkowe z okolicy małżowiny usznej prawej; w badaniu histopatologicznym utkanie raka płaskonabłonkowego. W styczniu 2024 roku wykonano całkowite wycięcie małżowiny usznej prawej z powodu wznowy SCC. Zaplanowano radioterapię tej okolicy. W leczeniu licznych ognisk rogowacenia słonecznego stosowano krem z imikwimodem, a także wykonywano zabiegi terapii fotodynamicznej. Zalecono regularne kontrole, a także odpowiednią pielęgnację skóry połączoną z maksymalnym ograniczeniem ekspozycji na promieniowanie ultrafioletowe.

Wnioski: Pacjenci chorujący wiele lat na łuszczycę, stosujący w przeszłości pochodne iperytu, powinni być poddawani regularnym badaniom przesiewowym w kierunku raków skóry.

WSPÓŁWYSTĘPOWANIE CUTANEOUS LUPUS ERYTHEMATOSUS Z CHOROBA KIKUCHI–FUJIMOTO

Katarzyna Józwicka, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej, Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

Wstęp: Choroba Kikuchi–Fujimoto jest rzadkim samoograniczającym się schorzeniem, objawiającym się jednostronną limfadenopatią szyjną z towarzyszącymi stanami podgorączkowymi i nocnymi potami, którym mogą towarzyszyć zmiany skórne. Etiologia choroby jest nieznana. Najczęściej występuje u młodych kobiet rasy azjatyckiej. Ze względu na rzadkość występowania i obraz sugerujący rozwój choroby rozrostowej układu chłonnego, postawienie właściwego rozpoznania może przysparzać trudności, a podstawą rozpoznania jest badanie histopatologiczne powiększonego węzła chłonnego. Opisywano przypadki współwystępowania choroby Kikuchi–Fujimoto i chorób autoimmunologicznych w tym tocznia rumieniowatego układowego. Dotychczas opisano jeden przypadek współistnienia skórnej postaci tocznia rumieniowatego z chorobą Kikuchi–Fujimoto.

Materiał i metody: Opis przypadku.

Wyniki: Mężczyzna 24-letni z chorobą Kikuchi–Fujimoto zgłosił się do Kliniki Dermatologii w Olsztynie z powodu występujących od 5 miesięcy zmian rumieniowo-naciekowych zlokalizowanych na policzku prawym, w okolicy żuchwy po stronie prawej, a także za uchem lewym. W wykonanych badaniach laboratoryjnych nie obserwowano odchyłań, przeciwciała ANA-Hep2 1:160, IB ujemny, przeciwciała pemphigus/pemphigoid ujemne. Pobrano wycinek ze zmian do badania histopatologicznego: obraz morfologiczny łącznie z danymi klinicznymi może odpowiadać zmianom występującym w przebiegu tocznia rumieniowatego. Do terapii włączono hydroksychlorochinę, uzyskując poprawę stanu miejscowego.

Wnioski: U pacjentów z chorobą Kikuchi–Fujimoto u których występują zmiany skórne należy zwrócić szczególną uwagę na diagnostykę różnicową, zwłaszcza SLE.

ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY U PACJENTA RASY CZARNEJ — ISTOTNE WYZWANIE DIAGNOSTYCZNE

Zuzanna Świerczewska, Tatsiana Damps, Wioletta Barańska-Rybak

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii GUMed

Wstęp: Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest przewlekłą, nawrotową, zapalną chorobą skóry dotyczącą zarówno dzieci, jak i dorosłych wszystkich grup etnicznych. Z uwagi na swój odmienny obraz kliniczny u pacjentów rasy czarnej, postawienie prawidłowej diagnozy może stanowić wyzwanie.

Materiał i metody: Pacjent 21-letni rasy czarnej zgłosił się do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii UCK z powodu zmian o charakterze litych grudek zlokalizowanych w obrębie skóry twarzy, tułowia, kończyn górnych oraz dolnych z towarzyszącym świądem.

Wyniki: W celu diagnostyki zmian skórnych wykonano badanie wideodermatoskopowe oraz pobrano wycinek do badania histopatologicznego. Biorąc pod uwagę całość obrazu klinicznego oraz wyniki badań dodatkowych, ostatecznie postawiono diagnozę atopowego zapalenia skóry. Zdecydowano o włączeniu miejscowych oraz systemowych glikokortykosteroidów, uzyskując całkowitą remisję zmian.

Wnioski: Wykwity skórne mogą przybierać inną morfologię w poszczególnych grupach etnicznych, sprawiając tym samym trudności diagnostyczne. Znajomość różnic w obrazie klinicznym chorób skóry oraz ich przebiegu jest kluczowa w postawieniu prawidłowej diagnozy i włączeniu odpowiedniej metody terapeutycznej.

CHOROBA FLEGELA — RZADKA DERMATOZA W PRAKTYCE KLINICZNEJ — TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE

Katarzyna Kliniec, Łukasz Matusiak, Joanna Maj, Alina Jankowska-Konsur

Uniwersyteckie Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wstęp: Choroba Flegela to dermatоза charakteryzująca się występowaniem czerwono-brunatnych grudek pokrytych łuską, lokalizujących się głównie w obrębie podudzi i grzbietów stóp. Przyczyna choroby jest nieznana. Według niektórych źródeł choroba może mieć charakter dziedziczny lub być związana z ekspozycją na promieniowanie słoneczne. Celem prezentacji jest przedstawienie przypadku klinicznego choroby Flegela u 85-letniej pacjentki.

Materiał i metody: Opis przypadku 85-letniej kobiety, która została przyjęta na oddział dermatologii celem diagnostyki i leczenia utrzymujących się od około 2 lat rozsianych zmian skórnych. Wykwity o charakterze drobnych grudek rumieniowych z powierzchniowym złuszczeniem początkowo były zlokalizowane na podudziach, następnie stopniowo pojawiały się na skórze tułowia i kończyn górnych. Od listopada 2023 roku pacjentka była hospitalizowana kilkakrotnie na oddziale dermatologii, gdzie w diagnostyce różnicowej brano pod uwagę łuszczycę, przyluszczycę grudkową i liszaj płaski.

Wyniki: W toku hospitalizacji wykonano badanie DIF, w którym wykazano obecność złogów typu „dust” IgG i C3c w przestrzeniach międzykomórkowych naskórka (w warstwie kolczystej). Nie wykazano złogów IgA, IgM, C1q. Przeciwciała pemphigus/pemphigoid — ujemne. W badaniu histopatologicznym nie stwierdzono podstaw do rozpoznania liszaja płaskiego, a obraz histologiczny przemawiał za łuszczycą, nie wykluczono również przyluszczycy. W leczeniu stosowano glikokortykosteroidy miejscowe, fototerapię TL01, emolienty, cygnolinę, prednizon i antybiotykoterapię ogólną — bez zadowalających efektów. Ze względu na niespecyficzny obraz kliniczny i histologiczny oraz nieskuteczność leczenia pobrano kolejną biopsję celem badania histologicznego, którego obraz przemawiał za wypryskiem. Podczas hospitalizacji w kwietniu 2024 roku obserwowano utrzymywanie się zmian z największym nasileniem na podudziach i przedramionach. Z uwagi na obraz kliniczny mogący odpowiadać chorobie Flegela zdecydowano o weryfikacji preparatów histologicznych z uwzględnieniem tego rozpoznania w diagnostyce różnicowej. Otrzymano zweryfikowany wynik badania histopatologicznego

potwierdzający to rozpoznanie. W terapii włączono miejscowy preparat betametazonu z kalcypotriolem i ogólnie acytretynę w dawce 25 mg. **Wnioski:** Choroba Flegela to rzadka dermatoza, która ze względu na swoje podobieństwo kliniczne do innych schorzeń skóry stwarza liczne trudności diagnostyczne. Należy uwzględnić ją w diagnostyce różnicowej dermatoz przebiegających z obecnością hiperkeratotycznych grudek, zwłaszcza gdy pacjent nie reaguje na standardowe leczenie.

ZMIANY W OBRĘBIE RZĘS W PRZEBIEGU TWARDZINY LINIJNEJ

Małgorzata Hildebrandt^{1,2}, Piotr Szlązak^{1,2}

¹Oddział Dermatologii w Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku

²Dermedica, Gdańsk

Wstęp: *Morphea* jest przewlekłą chorobą o podłożu autoimmunologicznym, która klinicznie objawia się ogniskami stwardnienia skóry. Postać linijna twardziny ograniczonej typu cięcia szabłą jest jednym z jej wariantów, dotyczy okolicy głowy i może prowadzić do powstania ognisk łysienia bliznowaciejącego.

Materiał i metody: Opis przypadku.

Wyniki: Pacjentka, obecnie 47-letnia, zgłosiła się po raz pierwszy we wrześniu 2020 roku z powodu nasilonej utraty włosów — wówczas poza łysieniem telogenowym na skórze okolicy ciemieniowej zaobserwowano ognisko liniowego zbliźnowacenia w przebiegu twardziny liniowej; z relacji pacjentki twardzina od 2–3 lat nie postępowała. Podczas kolejnych wizyt stwierdzono na obwodzie ogniska *morphea* cechy aktywności pod postacią koncentrycznej hiperkeratozy wokółmieszkowej oraz nowe zmiany na czole przy linii włosów. Następnie w maju bieżącego roku pacjentka zgłosiła ubytek rzęs na brzegu prawej górnej powieki. Obserwowane zaburzenia były liniowymi przedłużeniem zmian na skórze czoła — rzęsy w tej okolicy były przerzedzone, zróżnicowane pod względem długości, o nieprawidłowym kierunku wzrostu i kręte. Z uwagi na lokalizację zmian oraz przebieg choroby zdecydowano o włączeniu leczenia ogólnego metyloprednizolonem i metotreksatem. Pacjentka pozostaje pod obserwacją.

Wnioski: Twardzina ograniczona jako choroba mogąca często prowadzić do zaniku przydatków również w postaci liniowej, może dotyczyć również brzegu powiek i prowadzić do zniekształcenia oraz utraty rzęs w mechanizmie łysienia bliznowaciejącego.

HIPEROZOYNOFILIA W PRZEBIEGU LECZENIA CIĘŻKIEGO ATOPOWEGO ZAPALENIA SKÓRY DUPILUMABEM — CZY JEST SIĘ CZEGO BAĆ?

Jakub Marczuk, Anna Domagała, Jolanta Węglowska

Oddział Dermatologiczny z Pododdziałem Dermatologii Dziecięcej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

Wstęp: Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest powszechną, przewlekłą, nawrotową dermatozą, u części chorych przebiegającą ciężko. W ostatnich latach opracowano nowe metody terapeutyczne ciężkiego AZS, w tym za pomocą dupilumabu. Choć lek ten uważa się za bezpieczny i skuteczny, jego profil działań niepożądanych obejmuje przejściowy wzrost liczby eozynofili. W literaturze brakuje informacji na temat najwyższych spotykanych wartości eozynofili indukowanej przez dupilumab, jak również brak ustalonych schematów postępowania w przypadku jej stwierdzenia.

Materiał i metody: Dziewczynka 12-letnia chorująca na ciężkie AZS od 3. roku życia, leczona dupilumabem przez siedem miesięcy z dobrym efektem i tolerancją, w dwukrotnie wykonanych badaniach kontrolnych w siódmym miesiącu terapii wykazywała leukocytozę do 31 tys./ μ l i eozynofilię bezwzględną sięgającą 22,5 tys./ μ l, nie prezentując przy tym żadnych objawów przedmiotowych ani podmiotowych.

Wyniki: Zdecydowano o przerwaniu leczenia dupilumabem. Pacjentka była wielokrotnie badana fizykalnie, a także konsultowana hematologicznie, neurologicznie, kardiologicznie, obrazowo (USG jamy brzusznej i serca, RTG klatki piersiowej, TK głowy), a także w kierunku infestacji pasożytniczej — nie wykryto istotnych nieprawidłowości. W kolejnych badaniach obserwowano systematyczny spadek eozynofili do wartości bliskich prawidłowym.

Wnioski: Zasadne jest regularne kontrolowanie morfologii krwi z rozważeniem w trakcie leczenia dupilumabem. Hiperozoynofilia może się rozwinąć z opóźnieniem, nawet w szóstym–siódmym miesiącu leczenia

(wbrew dotychczasowym doniesieniom i charakterystyce produktu leczniczego). Hiperozoynofilia sięgająca nawet 22,5 tys./ μ l może być związana jedynie z terapią dupilumabem. Hiperozoynofilia ulega normalizacji w ciągu kilku–kilkunastu tygodni od odstawienia leku i nie musi wiązać się powikłaniami narządowymi. Wskazane jest opracowanie oficjalnego, szeroko uznanego schematu dalszego postępowania u pacjentów wykazujących hiperozoynofilię z uwagi na coraz szersze stosowanie dupilumabu w leczeniu.

ZESPÓŁ NABŁONIAKÓW ZNAMIONOWYCH — OBRAZ KLINICZNY, LECZENIE ORAZ PROFILAKTYKA ONKOLOGICZNA

Bartosz Woźniak¹, Joanna Węglowska¹, Jacek Calik²

¹Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

²Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

Wstęp: Zespół nabłoniaków znamionowych, nazywany także zespołem Gorlina–Goltza jest rzadką genodermatozą dziedziczną w sposób autosomalnie dominujący. Za występowanie zespołu odpowiada mutacja w genie supresorowym PTCH zlokalizowanym na chromosomie 9. Częstość choroby szacuje się na 1/60000. Na obraz kliniczny zespołu składają się liczne raki podstawnomórkowe, torbiele zębów, anomalie kostne, zwapnienia sierpa mózgu czy charakterystyczne zagłębienia w obrębie dłoni i stóp. W rzadkich przypadkach może również dojść do rozwoju rdzenia zarodkowego mózgu.

Materiał i metody: Przedstawienie przypadku 62-letniej kobiety z licznymi rakami podstawnomórkowymi, charakterystyczną budową twarzoczaszki oraz zagłębieniami w obrębie dłoni i stóp u której potwierdzono rozpoznanie zespołu Gorlina–Goltza.

Wyniki: Kobieta 62-letnia zgłosiła się do poradni dermatologicznej z powodu podejrzenia nawrotu BCC w obrębie blizny na nosie po chirurgicznym usunięciu zmiany 6 miesięcy wcześniej. Po dokładnym badaniu dermatoskopowym całego ciała zakwalifikowano do usunięcia lub biopsji 12 zmian. W trakcie badania stwierdzono również zagłębienia w obrębie dłoni i stóp. Histopatologicznie potwierdzono 9 raków podstawnomórkowych. W leczeniu zastosowano leczenie chirurgiczne, terapię fotodynamiczną oraz ultradźwięki wysokiej częstotliwości w zależności od wielkości i lokalizacji nowotworów. W ramach prewencji nowotworowej włączono do leczenia doustne retinoidy. W poradni genetycznej potwierdzono rozpoznanie zespołu Gorlina–Goltza.

Wnioski: Leczenie zespołu Gorlina–Goltza może wymagać zespołu złożonego z dermatologa, neurologa, chirurga plastycznego oraz onkologa, w zależności od stopnia zaawansowania zmian. Biorąc pod uwagę liczbę oraz genetyczną predyspozycję do raków podstawnomórkowych, warto poza tak zwaną „strefą H” wykorzystywać metody małoinwazyjne oszczędzające skórę, jak imikwimod, terapia fotodynamiczna czy krioterapia. W profilaktyce onkologicznej można stosować wismodegib, doustne retinoidy, fotoprotekcję oraz okresowe badania dermatoskopowe. Ze względu na charakter choroby warto również skierować członków najbliższej rodziny do poradni genetycznej, aby wcześniej można był rozpocząć u nich screening onkologiczny.

ZABURZENIA PIGMENTACJI SKÓRY I APARATU PAZNOKCIOWEGO PO ZASTOSOWANIU MELANOTANU — STUDIUM DWÓCH PRZYPADKÓW

Urszula Maińska, Jakub Żółkiewicz, Michał Sobjanek, Martyna Sławińska

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Melanotan I i II to syntetyczne analogi hormonu alfa-melanotropowego (alfa-MSH), które indukują proces melanogenezy poprzez działanie na receptor melanokortyny 1, co skutkuje hiperpigmentacją skóry. Środki te oferowane są nielegalnie, przede wszystkim w Internecie, jako specyfiki pozwalające uzyskać szybką opaleniznę. W piśmiennictwie opisywano przypadki wystąpienia wysiewnych znamion barwnikowych oraz melanonychii, jak również rozwoju czerniaka w związku ze stosowaniem melanotanu.

Materiał i metody: W trakcie prezentacji zostaną przedstawione przypadki dwóch pacjentów, konsultowanych z powodu zaburzeń pigmentacji skóry i aparatu paznokciowego powstałych na skutek przyjęcia

melanotanu z nielegalnego źródła, w celu uzyskania zwiększonej pigmentacji skóry.

Wyniki: Trzydziestoletnia, poza tym zdrowa, kobieta pracująca w branży kosmetycznej konsultowana była z powodu nagłego pojawienia się licznych znamion barwnikowych skóry z towarzyszącą hiperpigmentacją skóry na skutek jednorazowego przyjęcia melanotanu. Dwudziestotrzyletni pacjent, pracownik budowlany, zgłosił się do gabinetu dermatologicznego z powodu zaburzeń pigmentacji w obrębie płytek paznokciowych rąk i stóp. W badaniu przedmiotowym stwierdzano cechy melanonychii podłużnej i poprzecznej obejmującej liczne płytki paznokciowe, wzmoczoną pigmentację skóry oraz znamiona wykazujące nieprawidłowe cechy dermoskopowe. Pacjent przyznał się do kilkukrotnego stosowania melanotanu.

Wnioski: Stosowanie syntetycznych analogów alfa-MSH powinno być uwzględnione w diagnostyce różnicowej przyczyn nieprawidłowej pigmentacji skóry i/lub aparatu paznokciowego. Na stosowanie związków z tej grupy mogą wskazywać szybkie pojawienie się wielu zmian barwnikowych lub zmiana obrazu klinicznego i dermoskopowego wcześniej obecnych zmian, szczególnie gdy towarzyszy temu opalenizna niewspółmiernie intensywna w stosunku do fototypu skóry oraz pory roku.

PIODERMIA ZGORZELINOWA ZLOKALIZOWANA NA TWARZY — PREZENTACJA DWÓCH PRZYPADKÓW KLINICZNYCH

Małgorzata Grabarczyk, Maciej Pastuszczak

Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii w Zabrze

Wstęp: Piodermia zgorzelinowa (PG) to rzadka, przewlekła dermataza neutrofilowa o charakterystycznym przebiegu klinicznym i typowej morfologii objawów skórnych. Zmiany chorobowe najczęściej lokalizują się na skórze podudzi, rzadziej zajmują inne okolice ciała. Bardzo rzadko choroba może być zlokalizowana w obrębie głowy i szyi. Celem pracy jest prezentacja dwóch przypadków pacjentów z piodermią zgorzelinową zlokalizowaną na twarzy. U obu pacjentów wystąpienie zmian chorobowych wiązało się zaostrzeniem choroby zapalnej jelit. W zastosowanym leczeniu oprócz leczenia sterydoterapią systemową włączono infliksymab, uzyskując szybką remisję zmian skórnych.

Materiał i metody: Prezentacja przypadków na podstawie dokumentacji z leczenia w tutejszej klinice oraz analiza dostępnego piśmiennictwa na temat piodermii zgorzelinowej zlokalizowanej na twarzy, jej związku z chorobami zapalnymi jelit, jak i współczesnych możliwości terapeutycznych.

Wyniki: Zastosowanie infliksymabu wiąże się z uzyskaniem szybkiej remisji zmian chorobowych w zakresie PG oraz poprawą w zakresie nasilenia procesu zapalnego w obrębie przewodu pokarmowego.

Wnioski: Infliksymab jest skuteczną formą leczenia pacjentów z PG zlokalizowaną na twarzy. Jest to również lek stosowany z powodzeniem u pacjentów z ciężkimi postaciami choroby Leśniowskiego–Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Przy współistniejącej chorobie zapalnej jelit leczenie infliksymabem pozwala na stabilizację procesu chorobowego zarówno w przewodzie pokarmowym, jak i w zakresie PG. W diagnostyce różnicowej nieogórających się owrzodzeń w zakresie twarzy, oprócz procesów nowotworowych, należy uwzględnić piodermię zgorzelinową, zwłaszcza jeśli wywiad wskazuje na schorzenia jelit.

PREZENTACJA PRZYPADKÓW VII

TNFA INHIBITOR INDUCED LUPUS-LIKE SYNDROME — OPIS PRZYPADKU

Tomasz Stein, Adriana Polańska², Anna Wiśniewska-Szymańska¹, Aleksandra Dańczak-Pazdrowska²

¹Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

²Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Wstęp: Zespół toczniopodobny wywołany inhibitorem TNFα (TAILS — *TNFA inhibitor induced lupus-like syndrome*) najczęściej kojarzony jest ze stosowaniem infliksymabu i etanerceptu. Charakteryzuje się łagodniejszym przebiegiem od idiopatycznej postaci tocznia. Opisano 14-letnią pacjentkę chorującą na wrzodziejące zapalenie jelita grubego (CU, *colitis ulcerosa*), u której po kilku cyklach infliksymabu z powodu CU doszło do wyindukowania zmian skórnych o typie tocznia rumieniowatego krążkowego na skórze owłosionej głowy.

Materiał i metody: W lipcu 2021 roku u pacjentki stwierdzono wrzodziejące zapalenie jelita grubego, od lutego 2023 roku do leczenia włączono infliksymab. Po kilku miesiącach u pacjentki wystąpiły ogniska wyłysienia na skórze owłosionej głowy. Podejrzewając etiologię polekową, leczenie infliksymabem przerwano. Pacjentka jest pod opieką naszej kliniki, pierwsze wykwyty skórne pojawiły się w październiku 2023 roku. W badaniu histopatologicznym wycinka skórno stwierdzono aktywne zapalenie łysienia limfocytarne, które odpowiada toczniowi rumieniowatemu. W toku diagnostyki wykonano ANA 1:2560, RNP/Sm pozytywne, Sm pozytywne, dsDNA graniczne, komplement C4 obniżony, wykazano obecność białka w moczu, poza tym w pozostałych badaniach laboratoryjnych i obrazowych nie wykazano odchyłań.

Wyniki: Na podstawie całości obrazu rozpoznano polekowy toczny rumieniowaty układowy wywołany infliksymabem. U pacjentki zastosowano pulsy metyloprednizolonu, a po wykluczeniu przeciwwskazań okulistycznych włączono hydroksychlorochinę. Po zastosowaniu leczenia i odstawieniu infliksymabu u pacjentki obserwujemy prawidłowy odrost włosów.

Wnioski: TAILS to bardzo rzadka choroba zwłaszcza w populacji pediatrycznej. Nie ma konkretnych kryteriów diagnostycznych, ale zaproponowano następujące wytyczne — aktywna ekspozycja na lek wywołujący TAILS, co najmniej jeden objaw zgodny z SLE, brak historii sugerującej SLE przez rozpoczęciem przyjmowania leku oraz ustąpienie objawów w ciągu kilku miesięcy po zaprzestaniu przyjmowania domniemanego czynnika sprawczego. Patogeneza tej choroby nie jest w pełni poznana i wymaga dalszych badań i obserwacji.

ZESPÓŁ LUŻNEGO ANAGENU U 3-LETNIEJ DZIEWCZYNI

Urszula Mairńska¹, Jakub Żółkiewicz¹, Michał Sobjanek¹, Adriana Rakowska², Martyna Sławińska¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Zespół luźnego anagenu (LAHS, *loose anagen hair syndrome*) to rodzaj łysienia niebliznowaciejącego dziedziczonego autosomalnie dominująco lub występującego sporadycznie, związanego z nieprawidłową keratynizacją włosów, skutkującą słabym zakotwiczeniem mieszka włosowego. Diagnoza zwykle stawiana jest u małych dzieci (ok. 2.–4. roku życia), najczęściej jasnowłosych dziewczynek, u których obserwuje się wzmożone wypadanie włosów oraz zmianę struktury włosa.

Materiał i metody: Przedstawiono przypadek 3-letniej dziewczynki diagnozowanej w gabinecie dermatologicznym z powodu przerzedzenia włosów.

Wyniki: Trzyletnią jasnowłosą dziewczynkę konsultowano z powodu postępującego przerzedzenia włosów, zauważonego przez rodziców około rok wcześniej. W badaniu przedmiotowym stwierdzono przerzedzenie włosów skóry skalpu o charakterze rozlanym, o największym nasileniu w okolicy ciemieniowej, bez cech stanu zapalnego. W trichoskopii obserwowano pojedyncze żółte i czarne kropki oraz obecność nielicznych włosów ułamanych. Włosy w pozostałych lokalizacjach anatomicznych były prawidłowe. Nie stwierdzono innych odchyłań w badaniu przedmiotowym. Wywiad rodzinny w kierunku chorób skóry i włosów był nieobciążony. W trichogramie stwierdzono obecność cech typowych dla LAHS.

Wnioski: Zespół luźnego anagenu należy uwzględnić w diagnostyce różnicowej łysienia niebliznowaciejącego u dzieci. Leczenie nie jest konieczne, gdyż obserwuje się tendencję do ustępowania objawów po okresie dojrzewania, jednak dane literaturowe wskazują na skuteczność minoksidilu w leczeniu tej jednostki chorobowej.

RZADKO NIE ZNACZY NIGDY — BARDZO RZADKI WARIANT ZESPOŁU GENETYCZNEGO MEN 2A Z NIETYPOWĄ MANIFESTACJĄ SKÓRNĄ. OPIS PRZYPADKU I PRZEGLĄD LITERATURY

Nina Łabędź¹, Katarzyna Korecka², Anna Wiśniewska-Szymańska¹, Monika Bowszyc-Dmochowska³, Ryszard Żaba², Adriana Polańska²

¹Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Zakład Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³Pracownia Histopatologii i Immunopatologii Skóry, Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp: Liszaj amyloidowy skóry (CLA, *cutaneous lichen amyloidosis*) jest rzadką dermatozą, sporadycznie obserwowaną w zespole mnogich nowotworów układu wydzielania wewnętrznego typu 2 (MEN 2A), związanym z mutacją w protoonkogenie RET.

Materiał i metody: Zaprezentowano przypadek 58-letniego mężczyzny z uogólnioną postacią liszaja amyloidowego skóry i bardzo rzadkim wariantem mutacji RET.

Wyniki: Pacjent 58-letni zgłosił się do Poradni Dermatologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Poznaniu z powodu występujących od około 20 lat hiperkeratotycznych grudek, zlokalizowanych na tułowiu, kończynach górnych i dolnych z towarzyszącym świądem. W wyniku badania histopatologicznego skóry potwierdzono rozpoznanie liszaja amyloidowego. Ponadto w wywiadzie pierwotna nadczynność przytarczyc (gruczolak przytarczyc) i rak rdzeniasty tarczycy. Pacjenta skierowano na badanie genetyczne, w wyniku którego wykryto ultraradki wariant nukleotydowy Y806C genu RET, powiązany z zespołem MEN 2. Na podstawie całości obrazu klinicznego i badań dodatkowych rozpoznano zespół MEN 2A ze współistniejącym liszajem amyloidowym skóry.

Wnioski: Liszaj amyloidowy skóry jest rzadko występującą manifestacją zespołu MEN 2A, najczęściej związaną z mutacją w kodonie 634 RET. W znakomitej większości przypadków, zmiany skórne są ograniczone i zlokalizowane w okolicy międzyłopatkowej. Charakteryzują się uporczywym świądem, występującym nawet kilkanaście lat przed postawieniem ostatecznej diagnozy. U prezentowanego pacjenta wykryto bardzo rzadki wariant mutacji w kodonie 806 RET. Jak dotąd brak jest w literaturze danych dotyczących występowania uogólnionej postaci CLA, związanej z powyższą mutacją, co oznacza nową zależność genotyp–fenotyp w MEN 2A.

TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE W ROZPOZNANIU ROZSIANEJ GRZYBICY SKÓRY — OPIS PRZYPADKU

Aleksandra Snopkowska¹, Magdalena Łyko², Karolina Świerczyńska-Mróz², Alina Jankowska-Konsur²

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej, Uniwersyteckie Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

²Uniwersyteckie Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp: Grzybicze infekcje skóry to powszechne schorzenia dermatologiczne, które ze względu na swój zakaźny charakter powinny być szybko i prawidłowo diagnozowane. Celem pracy jest podkreślenie konieczności rozważenia najczęstszych jednostek chorobowych na wczesnym etapie diagnostyki, zanim w diagnostyce różnicowej zostaną uwzględnione rzadziej występujące schorzenia.

Materiał i metody: Na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej przygotowano przedstawienie przypadku 74-letniego pacjenta.

Wyniki: Pierwsze wykwity u pacjenta pojawiły się w maju 2024 roku na przedramionach jako rumieniowe, obrączkowe zmiany skórne ze złuszczeniem i centralnym przejaśnieniem. Towarzyszył im silny świąd oceniany na 10 punktów w skali NRS. W późniejszym okresie obserwowano rozprzestrzenienie się zmian na całe ciało, z wyłączeniem twarzy i głowy. Pacjent diagnozowany był przez lekarza POZ, który wysunął podejrzenie świerzbiałki guzkowej. Początkowo miejscowo stosowano kortykosteroidy. Z powodu ich nieskuteczności 31 lipca 2024 roku do terapii dołączono doustnie prednizon w dawce 40 mg, a następnie 30 mg. Zastosowane leczenie doprowadziło do pogorszenia stanu pacjenta i zgłoszenia się do kliniki dermatologii. Podczas przyjęcia do kliniki obserwowano na całym ciele liczne zmiany rumieniowe, obrączkowe, z wyraźnym złuszczeniem naskórka w ich obrębie. Najbardziej nasilone

zmiany zlokalizowane były na tylnej powierzchni ud, gdzie tworzyły zlewne blaszki. Na podstawie obrazu klinicznego wysunięto podejrzenie rozlanej grzybicy skóry. W różnicowaniu brano pod uwagę *erythema gyratum repens* i *erythema annulare centrifigum*. Diagnostykę rozpoczęto od bezpośredniego badania mikologicznego skóry, które potwierdziło rozpoznanie. Wyniki laboratoryjne wykazały odchylenia typowe dla pacjentów przyjmujących doustne kortykosteroidy. Stopniowo redukowano dawkę kortykosteroidów, a w ramach terapii zastosowano terbinafinę w dawce 250 mg na dobę oraz miejscowo itrakonazol obserwując poprawę stanu miejscowego.

Wnioski: Nieprawidłowo dobrana terapia, oparta na niewłaściwym rozpoznaniu, może nie tylko być nieskuteczna, ale również szkodliwa, szczególnie w przypadku stosowania leków immunosupresyjnych. W przypadku wątpliwości wskazana jest dokładna diagnostyka. Wczesne wykonanie dostępnych, szybkich badań w kierunku często występujących zakaźnych schorzeń dermatologicznych jest kluczowe, aby wdrożyć skuteczną terapię.

PIERWOTNY SKÓRNY CHŁONIAK ANAPLASTYCZNY Z DUŻYCH KOMÓREK — OPIS PRZYPADKU

Monika Grochowska-Rak, Arleta Grabowska, Katarzyna Kulig, Violetta Karlińska-Jonkisz

Oddział Dermatologiczny, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Belchatowie

Wstęp: Przedstawiono przypadek pacjentki z rozpoznaniem pierwotnego skórno-chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (PC-ALCL, *primary cutaneous anaplastic large cell lymphoma*), u której ponadto w trakcie badań dodatkowych wysnuto podejrzenie raka piersi (zmiana oceniona w USG jako BIRADS-5 — oczekuje na wynik biopsji gruboigłowej). Pierwotne skórne CD30+ chłoniaki z limfocytów T stanowią spektrum, które obejmuje pierwotnego skórno-chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (C-ALCL), *lymphomatoid papulosis* (LyP) oraz przypadki „graniczne” z nakładającymi się cechami klinicznymi i histopatologicznymi. C-ALCL stanowi około 8% przypadków chłoniaków pierwotnie skórnych. Rokowanie jest dobre — ponad 90% chorych osiąga 10-letnie przeżycie.

Materiał i metody: Pacjentka w wieku 83 lat została przyjęta na oddział dermatologiczny z powodu mnogich, wieloogniskowych guzów z centralnym owrodzeniem o średnicy około 3–5 cm zlokalizowanych na skórze tułowia oraz kończyn, które wystąpiły w kwietniu 2024 roku. Początek choroby nastąpił 14 lat wcześniej w postaci głównie zmian rumieniowo-złuszczających, obejmujących całe ciało. W wykonanym wtedy badaniu histopatologicznym skóry stwierdzono wyprysk przewlekły z reakcją liszajową. W leczeniu stosowano głównie miejscowe glikokortykosteroidy. Zmiany skórne oceniono w skali *modified Severity Weighted Assessment Tool* (mSWAT) = 55.

Wyniki: Wykonano badanie histopatologiczne wycinka tkankowego ze zmiany skórnej, wnioskując, że całość obrazu morfologicznego i immunohistochemicznego przy uwzględnieniu obrazu klinicznego odpowiada rozpoznaniu PC-ALCL. W badaniach dodatkowych stwierdzono ponadto w USG piersi hypoechogeniczną zmianę o bardzo nierównych zarysach i wymiarach około 18 × 16 mm. W skali BIRADS zmianę oceniono na 5, co oznacza ryzyko złośliwości > 95%. W chwili wysyłania abstraktu pacjentka oczekuje na dalszą diagnostykę (m.in. biopsję gruboigłową zmiany w piersi oraz PET-CT).

Wnioski: Przypadek podkreśla znaczenie obejmowania w badaniu różnicowym obecności pierwotnych chłoniaków skórnych, jak również, w razie postawienia diagnozy, wykonywania rozszerzonych badań obrazowych, co może doprowadzić do rozpoznania innych — również poważnych — chorób pacjenta.

ZIARNINIĄK GRZYBIASTY NA SKÓRZE GŁOWY 63-LETNIEGO MĘŻCZYZNY — TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE

Aneta Gruchała-Cisłak^{1,2}, Małgorzata Skibińska¹

¹Oddział Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. Biegańskiego w Łodzi

²Zakład Psychodermatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Ziarniniak grzybiasty jest najczęstszą postacią chłoniaka T-komórkowego o powolnej ewolucji zmian — od stadium rumieniowego, przez naciekowe, do stadium guzowatego.

Materiał i metody: Pacjent, 63-letni, został przyjęty na oddział z powodu zmiany guzowatej o średnicy 7 cm z centralnym owrzodzeniem na podłożu rumieniowym na skórze głowy. Zmiana powstała około 1,5 roku temu po urazie głowy i stopniowo się powiększała. W wywiadzie podobne mniejsze zmiany występowały w przeszłości w obrębie skóry twarzy/głowy i samoistnie ustępowały. Dotychczas pacjent dwukrotnie miał pobierany wycinek ze skóry głowy w innych ośrodkach, gdzie opisywano zmiany zapalne.

Wyniki: Na oddziale ponownie wykonano biopsję ze skóry głowy. W badaniu histologicznym i immunohistochemicznym stwierdzono gęsty, guzkowy naciek limfocytarny, odczyny CD4(+), CD8(+), CD30(-), Ki-67 dodatnie w 40% komórek nacieku, co może odpowiadać ziarniakowi grzybiastemu. W badaniach obrazowych (RTG klatki piersiowej, TK głowy, USG węzłów chłonnych szyi, TK jamy brzusznej i miednicy) nie stwierdzono zajęcia narządów wewnętrznych i węzłów chłonnych. W leczeniu zastosowano miejscowy kłobetazol — z poprawą. Po uzyskaniu wyniku badania histopatologicznego skóry dodatkowo włączono metotreksat podskórnym w dawce 10 mg/tydzień i uzyskano dalszą redukcję zmiany guzowatej. Na skórze głowy obserwuje się obecnie owalną zmianę rumieniową z poszerzonymi naczyńkami krwionośnymi na obwodzie.

Wnioski: Podstawą rozpoznania ziarniaka grzybiastego jest wynik badania histologicznego wraz z określeniem immunofenotypu naciekających limfocytów. Charakterystyczny obraz mikroskopowy może pojawić się w późniejszym czasie. Ważne jest stałe kontrolowanie pacjenta, a w przypadku wątpliwości odnośnie do ostatecznego rozpoznania może być konieczne wykonanie kolejnej biopsji skóry.

OBRAZ DERMOSKOPOWY OLBRZYMIEGO CZERNIAKA DESMOPLASTYCZNEGO WSPÓLSTNIEJĄCEGO Z GRUCZOLAKORAKIEM ODBYTNYCY — PRZYPADK PODWÓJNEGO, PIERWOTNEGO NOWOTWORU SYNCHRONICZNEGO

Karolina Zarańska¹, Anna Książek², Katarzyna Galwas³, Magdalena Suchorzepka-Simek⁴, Grażyna Kamińska-Winciorek⁵

¹Koło Naukowe, Klinika Transplantacji Szpiku i Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach

²Zakład Patologii Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach

³II Klinika Radioterapii i Chemioterapii, Zespół ds. Raka i Czerniaka Skóry, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach

⁴Zakład Patologii Nowotworów, Zespół ds. Raka i Czerniaka Skóry, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach

⁵Klinika Transplantacji Szpiku i Onkologii, Zespół ds. Raka i Czerniaka Skóry, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach

Wstęp: Czerniak desmoplastyczny jest bardzo rzadkim podtypem nowotworu, który wykazuje znaczące różnice w obrazie klinicznym, jak również mikroskopowym. Z uwagi na fakt, że czerniak desmoplastyczny może naśladować szerokie spektrum zmian łagodnych, a także złośliwych, stanowi wyzwanie diagnostyczne zarówno dla klinicystów, jak i histopatologów. Obecność włóknistego zrębu w obrazie histopatologicznym charakteryzuje czerniaka desmoplastycznego, jak i przerzuty do skóry nowotworu z innej lokalizacji. W przypadku obecności dużej, skórnej zmiany guzowatej, zawsze należy rozważyć możliwość, że jest ona przerzutem litego guza nowotworowego innego pochodzenia do skóry. Przerzuty do skóry stwierdzane są u 0,7–10,4% wszystkich pacjentów z nowotworami złośliwymi narządów wewnętrznych.

Materiał i metody: Przedstawienie przypadku podwójnego, pierwotnego nowotworu synchronicznego — olbrzymiego czerniaka desmoplastycznego współistniejącego z gruczolakorakiem odbytnicy.

Wyniki: Mężczyzna 80-letni z 9-miesięcznym wywiadem powiększającego się guza zlokalizowanego po prawej stronie klatki piersiowej, z towarzyszącymi krwawieniami z odbytu został przyjęty przez Zespół ds. Raka Skóry i Czerniaka. Badanie fizykalne wykazało obecność twardego, czerwonego, częściowo owrzodzonego guza, o wymiarach 6 × 7 cm w linii przymostkowej, przemieszczonego względem podłoża. W dole pachowym prawym wyczuwalne palpacyjnie były węzły chłonne, do 2 cm. W dermoskopii w świetle spolaryzowanym

stwierdzono obecność licznych, polimorficznych naczyń liniowych i serpentynowych w niespecyficznym układzie na rumieniowo-białym bezstrukturalnym tle. Biopsja wyciągnięta potwierdziła czerniaka desmoplastycznego, o głębokości naciekania wg skali Breslawa do 20 mm, poziom Clarka V. Wskaźnik mitotyczny komórek nowotworowych wynosił do 14/mm². Margines głębokiego wycięcia chirurgicznego był bliski, około 1 mm. Jednoczasowa limfoscintygrafia węzła wartowniczego ujawniła obecność węzła chłonnego w prawym dole pachowym o wymiarach 2,0 × 1,5 × 1,0 cm. Wykazano przerzut czerniaka o średnicy 6 mm z naciekiem torebki węzła chłonnego. Stopień zaawansowania oceniono na pT4bN1b(sn)cM0. Nie wykryto mutacji BRAF. Badanie FDG PET/CT wykazało dwa pierwotne nowotwory synchroniczne — gruczolakoraka odbytnicy i czerniaka skóry, bez przerzutów odległych. W MRI uwiidoczniło miejscowo naciekający guz odbytnicy, sklasyfikowany jako cT3cN1Mx MRF+. Kolonoskopia i biopsja ujawniły niskozróżnicowanego gruczolakoraka odbytnicy. Pacjent nie kwalifikował się do adjuwantowej immunoterapii anty-PD1 z powodu planowanego leczenia raka odbytnicy. Zastosowano przedoperacyjną radioterapię, następną resekcję brzuszno-kroczoową z wyłonieniem kolostomii końcowej. Ostateczny stopień zaawansowania gruczolakoraka określono jako ypT2N0.

Wnioski: Wśród nowotworów przewodu pokarmowego, rak jelita grubego często daje przerzuty odległe do skóry. Zarówno czerniak desmoplastyczny, jak i przerzuty do skóry mogą prezentować się jako różowy guzek o polimorficznym wzorcu naczyńniowym, z obecnymi cechami regresji obejmującymi białe, bliznowate obszary obserwowane w dermoskopii. Zaprezentowany przypadek ilustruje, że diagnoza i postępowanie w przypadku synchronicznych podwójnych nowotworów pierwotnych, szczególnie u starszych pacjentów, stanowi istotne wyzwanie.

OPIS PRZYPADKU GRZYBICY TWARZY GLADIATORÓW (TINEA FACIEI GLADIATORUM) U 11-LETNIEGO CHŁOPCA

Katarzyna Skinderowicz¹, Marta Szepletowska¹, Alicja Dąbrowska¹, Jacek Szepletowski²

¹Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

²Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp: Zakażenia dermatofitami, zwłaszcza o nietypowym obrazie klinicznym, stanowią wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne. Infekcje skóry, w tym bakteryjne, grzybicze i wirusowe, wydają się być częste u zapaśników. *Tinea gladiatorum* jest dobrze poznanym problemem zdrowotnym u sportowców. Przedstawiono przypadek nawracającej grzybicy gladiatorów ze zmianami zlokalizowanymi na twarzy.

Materiał i metody: Zeskrobiny zmiany, bezpośrednie badanie mikologiczne (KOH).

Wyniki: Bezpośrednie badanie mikologiczne (KOH) dało wynik pozytywny. W hodowli wykazano kolonie zdiagnozowane jako *Trichophyton tonsurans*.

Wnioski: *Tinea gladiatorum* zlokalizowana na twarzy nie jest częstą przypadłością. Mamy nadzieję, że przedstawiony przypadek zwiększy świadomość zapaśników na temat tego typu infekcji grzybiczych. Może to skutkować postawieniem diagnozy na wczesnym etapie jej rozwoju i wczesnym wprowadzeniem skutecznego leczenia.

TRĄDZIK ODWRÓCONY I JEGO WSPÓŁCHOROBIOWOŚĆ — ANALIZA SERII PRZYPADKÓW

Anna Tekielak¹, Karina Polak¹, Mikołaj Łanocha¹, Magdalena Masajada², Bartosz Miziołek¹, Beata Bergler-Czop¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

²Oddział Dermatologiczny z Pododdziałem Dziecięcym, Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie

Wstęp: Trądzik odwrócony (HS, *hidradenitis suppurativa*) to przewlekła choroba zapalna, w której kluczową rolę odgrywa hiperkeratoza mieszków włosowych, prowadząca do ich niedrożności, pęknięcia i wywołania stanu zapalnego. Skutkuje to powstawaniem bolesnych guzków, ropni oraz podskórnych tuneli i zatok, pozostawiających blizny. Głównym miejscem dotkniętym chorobą są obszary bogate w apokrynowe gruczoły potowe, takie jak pachy, pachwiny, fałdy piersi, okolice odbytu i pośladki. HS często współwystępuje z innymi schorzeniami, co

dotatkowo komplikuje przebieg choroby i wpływa negatywnie na jakość życia pacjentów. Celem badania jest przedstawienie współchorobowości u pacjentów z HS, w tym przypadków wrzodzącego zapalenia jelita grubego, choroby Crohna, piodermii zgorzelinowej oraz tetrady okluzji mieszków włosowych.

Materiał i metody: Dokonano przeglądu przypadków pacjentów z rozpoznaniem HS leczonych w latach 2023–2024 na dwóch największych oddziałach dermatologii zlokalizowanych w Polsce południowej. Analiza objęła 46 pacjentów, z których następnie wyodrębniono 4 przypadki, u których stwierdzono współistnienie HS z wybranymi schorzeniami zapalnymi (piodermia zgorzelinowa, rozwarstwiające zapalenie mieszków włosowych, choroba Crohna, wrzodzące zapalenie jelita grubego).

Wyniki: Do najczęstszych chorób towarzyszących HS należą zaburzenia metaboliczne, choroby zapalne jelit, choroby sercowo-naczyniowe, depresja i zaburzenia lękowe, zespół policystycznych jajników oraz piodermia zgorzelinowa. HS może współistnieć również z innymi schorzeniami związanymi także z okluzją mieszków włosowych, takimi jak trądzik skupiony, rozdzielające zapalenie tkanki łącznej skóry głowy i torbiel pilonidalna, tworząc razem tetradę okluzji mieszków włosowych.

Wnioski: Współchorobowość w HS znacząco komplikuje przebieg choroby, wymagając indywidualnego podejścia terapeutycznego. Kompleksowe zrozumienie współistniejących schorzeń jest kluczowe dla opracowania skutecznych strategii leczenia i poprawy jakości życia pacjentów.

BRAK ODPOWIEDZI NA LECZENIE LASEREM NACZYNIOWYM 532 NM JAKO MOŻLIWA CECHA WCZESNEGO PIERWOTNEGO NACZYNIAKOMIĘSĄKA SKÓRY — OPIS DWÓCH PRZYPADKÓW

Michał Paprocki¹, Paulina Petrosyan-Chrościcka¹, Anna Mataczyńska¹, Bartłomiej Kwiek², Joanna Czuwara³

¹Uczelnia Łazarskiego

²Klinika Ambroziak

³Klinika Dermatologiczna Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wstęp: Pierwotny skórny naczynekomięsak (*angiosarcoma*) należy do najrzadziej spotykanych nowotworów tkanek miękkich, co w połączeniu z częstym atypowym przebiegiem sprawia, że jego diagnostyka stanowi szczególnie trudne wyzwanie. Celem niniejszej pracy jest ukazanie tych trudności na przykładzie dwóch przypadków klinicznych, z analizą ich objawów oraz możliwych błędów diagnostycznych, oraz omówienie wartości diagnostycznej nieskutecznej laseroterapii zmian naczyniowych o niejednoznacznym charakterze. We wczesnych stadiach rozwoju naczynekomięsaka zmiany skórne mogą przypominać różnorakie zmiany naczyniowe w tym szczególnie: malformacje naczyniowe, łagodne i złośliwe guzy naczyniowe, inne nowotwory, choroby zapalne i infekcyjne. Diagnostowanie tego nowotworu jest dodatkowo komplikowane przez trudności w ocenie histopatologicznej, szczególnie w początkach rozwoju choroby.

Materiał i metody: Przedstawiono dwa przypadki z potwierdzonym histopatologicznie naczynekomięsakiem u mężczyzn w wieku 67 i 69 lat, u których przez długi czas występowały trudności diagnostyczne zarówno kliniczne, jak i histopatologiczne. W procesie różnicowania brane były pod uwagę malformacje kapilarne, łagodne, jak i złośliwe guzy naczyniowe, pierwotny skórny chłoniak z limfocytów B, amyloidoza oraz trądzik różowaty. Obraz histologiczny sugerował inne rozpoznania, co dodatkowo komplikowało proces diagnostyczny.

Wyniki: W obu opisanych przypadkach przed postawieniem właściwej diagnozy zaobserwowano brak odpowiedzi na leczenie laserem naczyniowym o długości fali 532 nm. Ten brak reakcji może wynikać z nietypowej struktury histologicznej guza, w której erytrocyty znajdują się poza naczyniami patologicznymi, co uniemożliwia skuteczne zastosowanie selektywnej fototerapii opartej na hemoglobinie jako chromoforze. Warto również zaznaczyć, że u drugiego z pacjentów zaobserwowano odpowiedź na leczenie laserem naczyniowym o długości fali 1064 nm, co nie stoi w sprzeczności z postawioną hipotezą, gdyż woda również stanowi silny chromofor dla tej długości fali i laser ten bywa stosowany jako leczenie trzeciego rzutu w niektórych nowotworach.

Wnioski: W przypadku podejrzenia naczynekomięsaka otrzymanie wyniku histopatologicznego kwestionującego to rozpoznanie lub sugerującego zmianę łagodną nie powinno zwalniać z konieczności zachowania czujności diagnostycznej i ewentualnego wykonywania kolejnych biopsji.

WPLYW LECZENIA DOUSTNĄ IZOTRETYNOINĄ PRZEROSTU GRUCZOŁÓW ŁOJOWYCH U CHORYCH PO PRZESZCZEPNIENIU NARZĄDÓW

Marta Chojnowska, Joanna Górak, Beata Imko-Walczyk

Poradnia Skórno-Wenerologiczna Szpitala Copernicus w Gdańsku

Wstęp: Przerost gruczołów łojowych (*sebaceous hyperplasia*) jest łagodną proliferacją gruczołów łojowych, która prowadzi do powstawania małych, miękkich, zwykle symetrycznych grudek o średnicy od 2 do 5 mm, zlokalizowanych najczęściej na twarzy, ale również na innych obszarach skóry bogatych w gruczoły łojowe. Grupą chorych szczególnie narażoną na przerost gruczołów łojowych są pacjenci po przeszczepieniu narządów lub komórek macierzystych hematopoetycznych, którzy przyjmują leki immunosupresyjne, szczególnie cyklosporynę A (CsA). Stosowanie cyklosporyny (CsA) powoduje u niektórych biorców narządów znamienne nasilenie rozrostu gruczołów łojowych, stanowiąc tym samym ogromny problem kliniczny i estetyczny. Doustna izotretynoina jest zatwierdzona do stosowania w ciężkim przebiegu trądziku pospolitego i różowatego oraz między innymi w takich schorzeniach jak *Harlequin ichthyosis* i *hidradenitis suppurativa*. Wydaje się również skutecznym lekiem w leczeniu przerostu gruczołów łojowych, zachowując pełną efektywność i bezpieczeństwo stosowania w grupie pacjentów po przeszczepieniach narządowych. Celem pracy jest przedstawienie trzech przypadków pacjentów po transplantacji nerki, z masywnym przerostem gruczołów łojowych i przebiegu ich leczenia doustną izotretynoina.

Materiał i metody: Wybrano trzech pacjentów po przeszczepieniach narządów, u których zaobserwowano nasilone zmiany na twarzy o charakterze przerostu gruczołów łojowych. Zmiany te zaobserwowano podczas badań kontrolnych chorych po transplantacji w Poradni Skórno-Wenerologicznej Szpitala Copernicus w Gdańsku. W wywiadzie pacjenci podawali, że obecność tych zmian koreluje z przyjmowaniem leków immunosupresyjnych. Zmiany te negatywnie wpływały na samopoczucie pacjentów i funkcjonowanie w życiu codziennym. Zaproponowano pacjentom leczenie doustną izotretynoina.

Wyniki: Znamienne poprawę kliniczną zaobserwowano u wszystkich chorych już po 4 tygodniach stosowania izotretynoiny. Funkcja nerek i wątroby pozostała niezmienną przez cały okres terapii, co wskazuje również, poza skutecznością terapii, na duże bezpieczeństwo leczenia, w tej obciążonej dużym ryzykiem populacji chorych.

Wnioski: Leczenie przerostu gruczołów łojowych u pacjentów po transplantacji narządów może stanowić wyzwanie terapeutyczne. Opisane przypadki pokazują, że izotretynoina jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia przerostu gruczołów łojowych, nawet u pacjentów z obciążonym wywiadem, w tym chorych po przeszczepieniu narządów.

WRODZONA SKÓRNA KANDYDOZA — STUDIUM PRZYPADKU KLINICZNEGO

Magdalena Masajada, Natalia Juško, Barbara Koryczan, Paweł Brzewski
Oddział Dermatologiczny z Pododdziałem Dziecięcym, Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie

Wstęp: Wrodzona skórna kandydoza jest rzadko występującą chorobą infekcyjną występującą u noworodków w ciągu pierwszych sześciu dni życia. Zakażenie może być ograniczone wyłącznie do skóry lub roziane przebiegające z objawami tj. niewydolność oddechowa, sepsa lub zaburzenia funkcji wątroby.

Materiał i metody: Przedstawiono przypadek noworodka płci męskiej urodzonego w 40. tygodniu ciąży siłami natury z masą urodzeniową 3100 g prezentującego roziane wykwyty grudkowo-krostkowe z towarzyszącym złuszczeniem oraz dystrofią płytek paznokciowych od 5. doby życia. Zmiany skórne zlokalizowane były na tułowiu, dystalnych częściach kończyn (z zajęciem dłoni i podeszew stóp) oraz na twarzy. W jamie ustnej obserwowano pleśniawki, okolica pielnuszkowa pozostawała wolna od zmian. W badaniu fizykalnym nie obserwowano objawów ogólnoustrojowego zakażenia. W wywiadzie u matki chłopca w trakcie ciąży występowała nawrotowa kandydoza pochwy oraz zakażenia układu moczowego.

Wyniki: W zleconych w trakcie hospitalizacji badaniach laboratoryjnych, poza eozynofilią, nie stwierdzono istotnych odchyłań od normy. Posiew krwi oraz posiewy moczu były jałowe, parametry stanu zapalnego pozostawały niskie. W toku diagnostyki różnicowej wykluczono zakażenie gronkowcowe, paciorkowcowe, *Listeria monocytogenes*, *Pseudomonas aeruginosa*, HSV, CMV, VZV, EBV oraz kiłę. W preparacie bezpośrednim

z 10% KOH z krosty stwierdzono obecność drożdży oraz pseudogrybnie, w hodowli uzyskano wzrost *Candida albicans*. W leczeniu zastosowano miejscowe pochodne imidazolu uzyskując całkowite ustąpienie zmian skórnych po 14 dniach terapii.

Wnioski: Wrodzona skórna kandydoza jest rzadko występującą jednostką chorobową, należy różnicować ją z innymi, częstszymi dermatozami krostkowymi wieku noworodkowego. Leczenie zależy od wieku ciężowego oraz masy ciała dziecka, u noworodków donoszonych bez objawów ogólnoustrojowych zwykle wystarczające są miejscowe leki przeciwgrzybicze. Wczesne rozpoznanie i szybkie wdrożenie adekwatnej terapii stanowią kluczowe elementy postępowania i mają bezpośredni wpływ na rokowanie.

PREZENTACJA PRZYPADKÓW VIII

DOŚWIADCZENIA WŁASNE W LECZENIU ZIARNINIAKA GRZYBIASTEGO I ZESPÓŁU SEZARY'EGO Z ZASTOSOWANIEM MOGAMULIZUMABU

Wojciech Gawin, Anna Kwiatkowska-Pamuła, Aleksandra Janeczek, Iwona Streiss, Małgorzata Krawczyk-Kuliś, Sebastian Giebel, Grażyna Kamińska-Winciorek

Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach

Wstęp: Ziarniniak grzybiasty (MF) i zespół Sezary'ego (SS) należą do rzadkich chorób limfoproliferacyjnych pierwotnie zajmujących skórę. Zgodnie z zaleceniami PTD, w przypadku niepowodzenia jednej lub większej liczby linii leczenia, opcją terapeutyczną jest mogamulizumab — przeciwciało monoklonalne ukierunkowane na receptor CCR4 obecny na atypowych limfocytach T (AL).

Materiał i metody: Analizą objęto 3 chorych (2 kobiety, 1 mężczyzna, w wieku 60–72 lata) z rozpoznaniem SS (2) oraz MF (1) w wyższym stopniu zaawansowania IVA–IVB, których leczono mogamulizumabem po niepowodzeniu 2–4 linii terapeutycznych.

Wyniki: Chora, lat 72, SS (T4N2NXM1B2) — mSWAT „0” (przed rozpoczęciem leczenia mogamulizumabem) 128, w PET/TK zajęcie węzłów chłonnych nad i podprzeponowo, ogniska w płucach; w cytometrii przepływowej krwi obwodowej (FC, *flow cytometry*) 86% AL. W 3. miesiącu terapii mSWAT 29, częściowa remisja (PR, *partial remission*) w PET/TK z ustąpieniem ognisk w płucach; FC: 6,6% AL. Po 6 cyklach mSWAT 34, progresja choroby (PD, *progression disease*) — w FC wzrost odsetka AL do 50,8%. Chory, lat 69, SS (T4N3M0B2) — mSWAT „0” 85, w PET/TK zajęcie węzłów chłonnych nad i podprzeponowo, FC: 5,3% AL. W 3. miesiącu terapii mSWAT 16, PR/stabilizacja choroby (SD, *stable disease*) w PET/TK, remisja całkowita (CR, *complete remission*) we krwi obwodowej (FC 0%). Po 7 cyklach leczenia — mSWAT 24,5, PD/SD w PET/TK, CR we krwi obwodowej. Chora, lat 60, MF (T3N3M0B0) — mSWAT „0” 85,5, w PET/TK zajęcie węzłów chłonnych nad i podprzeponowo. Po 2 cyklach leczenia w obrębie skóry PD — rozsiane guzki z zajęciem dodatkowych grup węzłów chłonnych.

Wnioski: Mogamulizumab stanowi dodatkową opcję terapeutyczną dla chorych na SS lub MF w wysokim stopniu zaawansowania. W doświadczeniach własnych szczególnie pozytywny efekt działania obserwowano w przypadku zajęcia krwi obwodowej.

DERMATOZA KRĄŻKOWA TWARZY U 39-LETNIEJ KOBIETY — OPIS PRZYPADKU

Marzena Kukla¹, Barbara Koryczan¹, Katarzyna Kaleta^{1,2}, Paweł Brzewski^{1,2}

¹Oddział Dermatologiczny z Pododdziałem Dziecięcym, Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie

²Klinika Dermatologii, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego

Wstęp: Dermatoza krążkowa twarzy jest nową jednostką chorobową opisaną po raz pierwszy w 2010 roku, w której obserwuje się oporność na stosowane leczenie miejscowe i systemowe. Obraz histopatologiczny jest niecharakterystyczny.

Materiał i metody: W pracy zaprezentowany zostanie przypadek 39-letniej kobiety ze zmianami rumieniowo-złuszczającymi w obrębie twarzy obecnymi od 8 lat. Ambulatoryjnie pobrano u pacjentki 2 biopsje skóry, które nie pozwoliły na ustalenie rozpoznania. W terapii stosowano krioterapię, miejscowe glikokortykosteroidy, takrolimus oraz doustnie isotretinoinę — bez poprawy. Z uwagi na brak odpowiedzi na zastosowane leczenie i ograniczone możliwości diagnostyczne w poradni dermatologicznej chora została skierowana do diagnostyki szpitalnej. W badaniu fizykalnym przy przyjęciu na oddział dermatologiczny stwierdzono rumieniowo-złuszczające, owalne, dobrze odgraniczone blaszki w obrębie twarzy. W badaniu dermatoskopowym uwidoczono żółtopomarańczowe obszary z łuską, w niektórych miejscach dyskretnie zaznaczone czopy rogowe w mieszkach włosowych.

Wyniki: W oparciu o obraz kliniczny oraz kolejne badanie histopatologiczne wycinka skóry, a także dodatkowe badania laboratoryjne wykonane w trakcie hospitalizacji postawiono rozpoznanie dermatozy krążkowej twarzy. W diagnostyce różnicowej uwzględniono ponadto toczeń rumieniowaty krążkowy, pęcherzycę łojotokową, choroby ziarniniakowe skóry, grzybicę skóry gładkiej, łuszczycę pospolitą, łojotokowe zapalenie skóry. Na podstawie pojedynczych opisów przypadków zastosowano w leczeniu poza wskazaniami rejestracyjnymi kalcypotriol z betametazonem z niewielką poprawą.

Wnioski: Rozpoznanie dermatozy krążkowej twarzy może być dużym wyzwaniem diagnostyczno-terapeutycznym dla lekarza dermatologa w codziennej praktyce klinicznej z uwagi na małą ilość publikacji naukowych na temat tej jednostki chorobowej. W przypadku zmian o charakterze rozsianych blaszek rumieniowo-złuszczających w obrębie twarzy, niereagujących na leczenie miejscowe i systemowe, należy uwzględnić tę chorobę w diagnostyce różnicowej. Ponadto nierzadko podejmuje się decyzję o odstąpieniu od leczenia, gdyż dermatoza krążkowa twarzy nie ulega progresji przez lata.

OWRZODZENIA PODUDZI — NIESWOISTY OBJAW WIELU CHORÓB

Magdalena Żak, Julita Kącka, Jerzy Maciąg

Oddział Dermatologiczny Powiatowej Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli

Wstęp: Pierwotny skórny chłoniak rozlany z dużych komórek B typu końcowego to rzadki, agresywny chłoniak skóry, występujący głównie u pacjentów w podeszłym wieku.

Materiał i metody: Przedstawienie i omówienie rzadkiego przypadku chłoniaka pierwotnego skórno-rozlanego z dużych komórek B typu końcowego.

Wyniki: Pacjentka 79-letnia została przyjęta na oddział dermatologii celem leczenia oraz diagnostyki zmian guzowatych z towarzyszącym owrzodzeniem zlokalizowanych w obrębie kończyny dolnej prawej. Pierwsze zmiany skórne wystąpiły pod postacią rumieniowo-naciekowych ognisk w obrębie podudzia prawego i pojawiły się około pół roku przed hospitalizacją. Początkowo pacjentka była leczona w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), oddziału chirurgicznego oraz poradni chirurgicznej, gdzie stosowano m.in. antybiotykoterapię, terapię podciśnieniową (VAC) oraz opatrunki srebrowe. Z uwagi na brak gojenia oraz szybką progresję choroby pacjentka została skierowana na oddział dermatologiczny. W pobranym do badania histopatologicznego wycinka skóry stwierdzono pierwotnego skórno-rozlanego z dużych komórek B typu końcowego.

Wnioski: Występujące owrzodzenie podudzi to nieswoisty objaw wielu chorób z pogranicza dermatologii oraz chirurgii. Długotrwały brak gojenia rany powinien skłaniać do ponownej, kompleksowej analizy przeprowadzonych badań oraz poszerzenia diagnostyki o pobranie wycinka do badania histopatologicznego celem weryfikacji diagnozy.

PODŁUŻNA MELANONYCHIA JAKO WYZWANIE DIAGNOSTYCZNE — PREZENTACJA PRZYPADKÓW KLINICZNYCH

Anna Płaszczynska, Martyna Sławińska, Michał Sobjanek

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Podłużna melanonychia (*longitudinal melanonychia*) to podłużny prążek o zabarwieniu od szarego do czarnego, przebiegający przez całą długość płytki paznokciowej. Obecność melaniny w płycie paznokciowej spowodowana jest aktywacją lub proliferacją melanocytów macierzy

aparatu paznokciowego. Przyczynami procesu aktywacji melanocytów mogą być m.in. uwarunkowania etniczne, infekcje, stany zapalne, urazy, działania jatrogenne, leki, guzy aparatu paznokciowego, ciąża, choroby systemowe. Proliferacja melanocytów macierzy aparatu paznokciowego może mieć charakter łagodny (znamiona aparatu paznokciowego) lub złośliwy (czerniak aparatu paznokciowego). Nakładanie się spektrum klinicznego i dermoskopowego zmian łagodnych i złośliwych może sprawiać trudności diagnostyczne.

Materiał i metody: Przedstawienie obrazu klinicznego i dermoskopowego przypadków podłużnej melanonychii o różnej etiologii.

Wyniki: Przedstawienie trzech przypadków pacjentów z podłużną melanonychią diagnozowanych w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego spowodowaną infekcją grzybiczą, onychotillomanią oraz atypową hiperplazją melanocytów.

Wnioski: Podłużna melanonychia często stanowi wyzwanie diagnostyczne z powodu różnorodnej etiologii obejmujące zmiany łagodne i złośliwe. W przypadku wątpliwości należy wykonać biopsję diagnostyczną celem weryfikacji histopatologicznej zmiany.

PIODERMIA ZGORZELINOWA JAKO WYZWANIE DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNE. OPIS DWÓCH PRZYPADKÓW

Klaudia Rusińska¹, Mariola Marchlewicz¹, Ewa Duchnik², Magdalena Kiedrowicz¹

¹Katedra i Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych w Policach
²Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych w Policach

Wstęp: Piodermia zgorzelinowa to zapalna dermatoza sprawiająca trudności diagnostyczne i terapeutyczne. Przyczyną choroby są zaburzenia odporności swoistej oraz nieswoistej, aktywacja neutrofilii poprzez cytokiny prozapalne i w konsekwencji niszczenie tkanek. Schorzenie charakteryzuje się występowaniem bolesnych i często szybko szerzących się obwodowo owrzodzeń o sinofioletowych, podminowanych brzegach. Kliniczne podobieństwo do owrzodzeń w przebiegu innych jednostek chorobowych oraz różnorodność etiologii stanowi często wyzwanie dla lekarzy wielu specjalności. Rozpoznanie tej jednostki chorobowej obciąża do poszukiwania chorób współistniejących, takich jak nieswoiste zapalenia jelit, choroby limfoproliferacyjne czy nowotwory łagodne.

Materiał i metody: W pracy przedstawiono dwa przypadki piodermii zgorzelinowej o odmiennej etiologii i obrazie klinicznym.

Wyniki: Pierwszy z przypadków dotyczy 44-letniej pacjentki z rozległymi, szybko powiększającymi się owrzodzeniami obu podudzi, w której potwierdzono przewlekłe aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu C. W leczeniu zastosowano systemową steroidoterapię oraz leczenie wirusowego zapalenia wątroby, uzyskując częściową remisję kliniczną piodermii zgorzelinowej. Druga z prezentowanych pacjentek to 59-letnia chora z piodermią zgorzelinową o ciężkim przebiegu. W toku przeprowadzonej diagnostyki u pacjentki ustalono dodatkowo rozpoznanie klonalnej gammapatii o nieokreślonym znaczeniu (MGUS). Leczenie piodermii zgorzelinowej obejmowało steroidoterapię systemową oraz cyklofosfamid, w wyniku zastosowanego leczenia uzyskano częściową remisję zmian skórnych z okresowymi zaostreżeniami przebiegu choroby w ciągu 4-letniego okresu obserwacji.

Wnioski: Piodermia zgorzelinowa wiąże się w 50–70% z współwystępowaniem innych chorób ogólnoustrojowych. Diagnostyka tej jednostki chorobowej wymaga przeprowadzenia wielospecjalistycznych badań dodatkowych, a dobór skutecznej terapii często stanowi wyzwanie kliniczne. Proces diagnostyczno-terapeutyczny ma na celu nie tylko uzyskanie remisji choroby, ale również wczesne wykrycie innych, często zagrażających życiu schorzeń.

NAKLADANIE ŁYSIENIA TELOGENOWEGO NA BLIZNOWACIEJĄCĄ U PACJENTKI Z ZESPOŁEM NIETRZYMANIA BARWNIAKA

Emilia Majewska¹, Jan Szlązak², Piotr Szlązak³

¹Kierunek Lekarski, Akademia Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych w Elblągu

²Wydział Lekarski, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

³Dermedica, Gdańsk

Wstęp: Zespół nietrzymania barwnika (IP, *incontinentia pigmenti*) to rzadka, dominująca choroba genetyczna sprzężona z chromosomem X,

która dotyczy głównie kobiet. U mężczyzn jest zazwyczaj letalna. Choroba charakteryzuje się czterema etapami skórnymi: pęcherzykowym, brodawkowym, hiperpigmentacyjnym oraz hipopigmentacyjnym. Zmiany mogą być także obserwowane na skórze owłosionej głowy doprowadzając do powstania obszarów bezwłosych.

Materiał i metody: Zaprezentowano przypadek 40-letniej pacjentki, która zgłosiła się do poradni z powodu nasilonego wypadania włosów i stopniowej utraty gęstości włosów w okolicy ciemieniowej miejscami ogniskowej. Pierwsze ogniska bezwłose obserwowane były już w dzieciństwie. Nasilenie *effluvium* pojawiło się ponad rok temu. W trichoskopii zaobserwowano strefy zbieleń o zatartej strukturze oraz rozszerzone naczynia krwionośne, które w kilku ogniskach miały średnicę dorównującą lub większą od grubości włosów. Stan zapalny i cechy hyperkeratozy wokół ujść mieszków włosowych były niewielkie i obejmowały jedynie nieliczne jednostki włosowe. Liczba pojedynczych jednostek włosowych i włosów o różnicowanej średnicy nie była znacząco mniejsza niż w okolicy potylicznej. W biopsji nie stwierdzono cech, które mogłyby wskazywać na inne rozpoznanie. Włączone w innym ośrodku leczenie finasterydem przez rok oraz izotretinoiną przez 6 miesięcy, nie przyniosło oczekiwanej poprawy.

Wyniki: Po rozpoczęciu terapii miejscowym minoxidilem początkowo obserwowano nasilenie *effluvium*, a po dwóch miesiącach znacznie mniejsze wypadanie włosów. Obserwowano również odrost włosów także w ogniskach bezwłosych, choć w tych miejscach poprawa była znacznie mniejsza.

Wnioski: Nieodwracalne łysienie w okolicy ciemieniowej jest najczęstszą manifestacją dotyczącą włosów, występującą u około 38% chorych IP. Po pojawianiu się pęcherzy często następuje stan zapalny i w konsekwencji pozapalne blizny skórne z późniejszym zmniejszeniem unaczynienia, włóknieniem i utratą jednostek włosowo-łojowych. Znajomość obrazu trichoskopowego obszarów bliznowacenia w przebiegu IP, ułatwia postawienie rozpoznania i monitorowanie leczenia u pacjentów z nakładaniem łysień.

PRZYPADEK ŁYSIENIA ŁUSZCZYCOWEGO O PIORUNUJĄCYM PRZEBIEGU

Kamil Grabowski, Małgorzata Dominiak

Klinika i Oddział Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Celem pracy jest przedstawienie przypadku pacjentki z łysieniem o gwałtownym przebiegu towarzyszącym łuszczycy.

Materiał i metody: Wykorzystano własne badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjentki, dokumentację zawierającą opisy badań laboratoryjnych i histopatologicznych, fotografie.

Wyniki: Pacjentka 56-letnia hospitalizowana z powodu rozsianych zmian rumieniowo-żółtawych oraz rozpadlin i krost na skórze poddeszcz. W ciągu dwóch dni hospitalizacji obserwowano niemal zupełną utratę włosów na skórze owłosionej głowy (SALT 88) z zaczerwienieniem i złuszczeniem skóry. W dermoskopii: włosy meszkowe, zaczerwienienie skóry z poszerzeniem naczyń krwionośnych, pojedyncze krosty, pojedyncze włosy płomienie. W badaniu histopatologicznym wycinka skóry owłosionej głowy obraz mogący odpowiadać łuszczycy. Włączono acyetrynę i miejscowe glikokortykosteroidy. Podczas sześciu miesięcy dobrze tolerowanego leczenia obserwowano odrost włosów i ustąpienie większości zmian skórnych.

Wnioski: Łysienie łuszczycowe jest rzadkie, ale może mieć gwałtowny przebieg. Leczenie łuszczycy zazwyczaj powoduje ustąpienie łysienia.

TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE W ROZPOZNANIU ZIARNIAKA GRZYBIASTEGO — OPIS PRZYPADKU

Kamila Kędra, Adam Reich

Zakład i Klinika Dermatologii, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

Wstęp: Ziarniniak grzybiasty (MF) jest najczęstszym pierwotnym chłoniakiem skórnym T-komórkowym (CTCL, *cutaneous T-cell lymphoma*), stanowiącym ponad 50% wszystkich CTCL. Jego diagnoza nadal stwarza duże trudności diagnostyczne. Jako że MF jest chorobą heterogeniczną o powolnym przebiegu i podobieństwie do wielu łagodnych skórných

dermatoz, diagnoza może być szczególnie skomplikowana we wczesnych stadiach.

Materiał i metody: Opisano przypadek 31-letniej pacjentki leczonej w klinice dermatologii w Rzeszowie.

Wyniki: Opis przypadku przedstawia 31-letnią kobietę, u której zdiagnozowano postać erytrodermiczną MF 5 lat po wystąpieniu pierwszych objawów. W trakcie procesu diagnostycznego pobrano 5 biopsji skóry w ciągu 3 lat, a ich obraz histopatologiczny przedstawiał jedynie cechy przewlekłych zapalnych chorób, takich jak atopowe zapalenie skóry i łupież czerwonawy mieszkowy (PRP, *pityriasis rubra pilaris*). Ze względu na erytrodermię, nieskuteczność poprzedniego leczenia i limfadenopatię wykonano biopsję węzłów chłonnych. Badanie histopatologiczne wykazało obecność komórek Sezary'ego i ostatecznie postawiono diagnozę MF. Co ciekawe, oceny biopsji skóry były bardzo niejednoznaczne.

Wnioski: Rokowanie drastycznie spada wraz z postępem choroby, należy podkreślić znaczenie wczesnego diagnozowania MF. Należy również zwrócić uwagę na to, że u niektórych pacjentów diagnoza jest trudna do ustalenia i może być opóźniona o wiele lat.

WYSIEWNE GRUCZOLAKI POTOWE IMITUJĄCE MASTOCYTOZĘ SKÓRY — OBRAZ KLINICZNY, DERMOSKOPOWY I REFLEKSYJNEJ MIKROSKOPII KONFOKALNEJ

Agnieszka Rydz¹, Jakub Żółkiewicz², Magdalena Lange²

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Praktycznej i Eksperymentalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Gruczolak potowy to łagodny guz skóry wywodzący się z ekrynowych gruczołów potowych. Wyróżnia się 4 warianty kliniczne gruczolaków potowych: formę ograniczoną, rodzinną, związaną z zespołem Downa oraz uogólnioną. Wysiewne gruczolaki potowe to rzadki podtyp rozsiaanej postaci choroby, który manifestuje się obecnością mnogich zmian obejmujących co najmniej dwa obszary anatomiczne.

Materiał i metody: Przedstawiono przypadek kliniczny 37-letniego mężczyzny, który był konsultowany z powodu rozsiaanych zmian skórnych o charakterze brązowych grudek o średnicy od 1–3 mm, umiejscowionych na skórze tułowia, szyi oraz w obrębie ud. W relacji pacjenta zmiany skórne pojawiły się w wieku nastoletnim i nie ulegały dalszej progresji. W 2016 roku wykonano badanie histopatologiczne zmiany skórnej (w innej placówce medycznej), w którym zasugerowano rozpoznanie mastocytozy. W Klinice Dermatologii GUMed stwierdzono, że obraz kliniczny nie jest typowy dla mastocytozy. Objaw Dariera był wątpliwy. Pacjent nie zgłaszał żadnych objawów zależnych od mediatorów uwalnianych przez mastocyty, takich jak świąd, flushing, ból brzucha, biegunka, anafilaksja. Stężenie tryptazy w surowicy wynosiło 3,35 ng/ml (w normie), a morfologia krwi i inne parametry laboratoryjne nie wykazywały istotnych nieprawidłowości. Obraz dermoskopowy był zależny od lokalizacji anatomicznej zmian — w obrębie szyi obserwowano wzorzec naczyńowy, natomiast w obrębie brzucha dominowała obecność siatki barwnikowej. W badaniu refleksyjnej mikroskopii konfokalnej stwierdzono obecność gruczołów ekrynowych wraz ze śródnabłonkowymi przewodami wyprowadzającymi.

Wyniki: Ze względu na niejednoznaczny obraz kliniczny i niekonkluzywny wynik badania histopatologicznego, zdecydowano o pobraniu dwóch dodatkowych biopsji ze zmian skórnych okolicy nadbrzusza i obojczyka. W badaniu histopatologicznym wykluczono mastocytozę, a obraz mikroskopowy obu zmian upoważnił do rozpoznania wysiewnych gruczolaków potowych.

Wnioski: Przedstawiając rzadki przypadek gruczolaków potowych, podkreślamy rolę nieinwazyjnych technik obrazowania skóry w diagnostyce różnicowej wysiewnych, barwnikowych zmian skórnych, w której należy uwzględnić m.in. liszaj płaski barwnikowy, plamisto-grudkową mastocytozę skóry, dermatozy z kręgu histocytoz oraz znamiona barwnikowe. Mimo licznych metod terapeutycznych, leczenie jest często niesatysfakcjonujące, a zmiany mają tendencję do nawrotów.

SZPICZAK PLAZMOCYTOWY Z WTÓRNYM ZAJĘCIEM SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ

Anastazja Szlauer-Stefańska, Ryszard Swoboda, Anna Kwiatkowska-Pamuła, Małgorzata Krawczyk-Kuliś, Sebastian Giebel, Grażyna Kamińska-Winciorek

Narodowy Instytut Onkologii, im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Gliwicach

Wstęp: Zajęcie skóry i tkanki podskórnej w przebiegu szpiczaka plazmocytoowego (MM) występuje rzadko, łączy się z agresywnym przebiegiem i opornością na kolejne terapie.

Materiał i metody: Przedstawienie charakterystyki klinicznej i przebiegu leczenia u dwóch chorych na MM, u których wystąpiło wtórne zajęcie skóry i tkanki podskórnej.

Wyniki: Pacjent 52-letni z MM IgA-lambda, opornym na kolejne linie terapii [bortezomib (V)-talidomid (T)-deksametazon (D), V-cyklofosfamid-D, V-doksorubicyna-D, etopozyd-D-cytarabina-cisplatyna, D-T-cisplatyna-doksorubicyna-cyklofosfamid-etopozyd (DT-PACE), lenalidomid-D, pomalidomid-D], po autologicznym a następnie allogenicznym przeszczepieniu komórek krwiotwórczych (auto-alloHSCT). W efekcie progresji (PD) doszło do wytworzenia naciekowych guzów w obrębie skóry i tkanki podskórnej, ze zmianami w kośćcu oraz nacieczeniem lewego jądra. Zastosowanym leczeniem uzyskiwano jedynie częściowe remisje (PR) lub stabilizację (SD) choroby. Chory zmarł w PD po 12 miesiącach od rozpoznania.

Pacjentka 48-letnia z MM IgA-kappa, leczona V-T-D (SD), karfilzomib-lenalidomid-D (SD), lenalidomid-D (PR), auto-alloHSCT. Po 6 miesiącach PD pojawiła się pierwsza zmiana pozakostna w okolicy oczodołu. Zastosowano lenalidomid, radioterapię 25 Gy (SD), następnie daratumumab-V-D (PD). Po kolejnej linii leczenia (3 × DT-PACE) uzyskano całkowitą remisję (CR) zmiany oczodołu, następnie wykonano 3 infuzje limfocytów dawcy. PD po 2 miesiącach. Dalej stosowano elotuzumab-pomalidomid-D (PD), bendamustyna-T-prednizon (po 2 cyklach PR, następnie PD). MM niewydzielający, progresja pozaszpikowa, z mnogimi zmianami o charakterze guzów skóry i tkanki podskórnej w obrębie twarzy, klatki piersiowej, pleców, z zajęciem kośćca i trzustki. Obecnie w trakcie leczenia talquetamabem.

Wnioski: W obu przypadkach zajęcie skóry wystąpiło jako wyraz progresji MM opornej na leczenie. Zastosowanie DT-PACE pozwoliło na uzyskanie odpowiedzi u obojga pacjentów (odpowiednio PR i CR), ale była ona krótkotrwała. W drugim przypadku progresji zmian pozakostnych nie towarzyszyła progresja białkowa, co wskazuje na konieczność włączenia badania całej skóry do oceny pacjenta z MM i zachowania czujności w przypadku pojawiania się nowych zmian skórnych, z wczesną oceną histopatologiczną.

SARKOIDOZA SKÓRNO-WĘZŁOWA — RZADKI PRZYPADK MANIFESTACJI CHOROBY

Eliza Siemaszko-Oniszczyk, Anna Wojas-Pelc

Oddział Kliniczny Dermatologii i Alergologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Wstęp: Sarkoidoza jest ogólnoustrojową chorobą, histopatologicznie charakteryzującą się tworzeniem nieserowaciejących ziarniniaków. W 90% przypadków zajmuje płuca, rzadziej towarzyszą zmiany skórne, stawowe, oczne, hepato- lub splenomegalia, limfadenopatia.

Materiał i metody: Opis przypadku.

Wyniki: Pacjentka 45-letnia została przyjęta na Oddział Kliniczny Dermatologii SU w Krakowie z rozpoznaniem sarkoidozy skórnej. Dolegliwość zaczęły się 7 lat wcześniej, lewostronną limfadenopatią szyjną oraz nacieczonymi zmianami skórnymi na wyrostkach powierzchniach podudzi. Badanie histopatologiczne węzła chłonnego uwidoczniło skupiska ziarniny nabłonkowatokomórkowej bez cech martwicy, z obecnością komórek olbrzymich Langhansa. Dalsza diagnostyka wykluczyła infekcję *M. tuberculosis*. W biopsji skóry opisano liczne drobne ziarniniaki

z komórek nabłonkowych bez cech serowacenia w skórze właściwej — obraz najbliższy sarkoidozie. Przy przyjęciu obserwowano rozsiane, nacieczone zmiany guzkowe z fotodystyrbucją, klinicznie odpowiadające odmianie toczniopodobnej sarkoidozy. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono niedobór witaminy D₃, parathormonu i wapnia. Wykonano USG węzłów chłonnych szyjnych, pachowych i pachwinowych, a także jamy brzusznej uwidaczniając liczne powiększone, hipoechogeniczne węzły we wszystkich ocenianych lokalizacjach. W RTG klatki piersiowej: pola płucne bez zmian naciekowych, wnęki obustronnie nieposzerzone. TK trzech okolic wykazało liczne powiększone węzły chłonne w wielu lokalizacjach z tworzeniem pakietów w obrębie jamy brzusznej oraz splenomegalię. W badaniu rentgenograficznym stawów rąk — prawidłowe szpary stawowe, bez nadżerek oraz podchrzęstnych sklerotyzacji. W trakcie konsultacji okulistycznej wykluczono zajęcie narządu wzroku. U pacjentki włączono leczenie 35 mg prednizonu (0,5 mg/kg m.c.) przez 6 tygodni, następnie zredukowano dawkę. W kontroli obserwowano znaczną poprawę stanu miejscowego oraz zmniejszenie limfadenopatii. **Wnioski** W opisywanym przypadku pacjentka prezentowała odmianę toczniopodobną sarkoidozę, która wiąże się z większym zaawansowaniem zmian układowych i wyższym ryzykiem oporności na leczenie. Najczęściej współzajętym organem są płuca, jednak u chorej układ oddechowy był prawidłowy, a towarzyszyła wieloogniskowa limfadenopatia obecna u ~10% pacjentów oraz splenomegalia — obserwowana u < 30% chorych. Przypadek wskazuje, że mimo ryzyka cięższego przebiegu w atypowej manifestacji można uzyskać satysfakcjonującą odpowiedź na klasyczne leczenie.

NIENAWAZYJNE BADANIA OBRAZOWE W DIAGNOSTYCE RUMIENIA WIELOPOSTACIOWEGO — OPIS PRZYPADKU

Piotr Konopelski¹, Aleksandra Soplńska¹, Marta Kurzeja¹, Joanna Czuwara¹, Małgorzata Olszewska¹, Lidia Rudnicka¹

¹Klinika Dermatologiczna Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wstęp: Rumień wielopostaciowy (EM) stanowi ostrą samoograniczającą się chorobę skórno-śluzówkową, której proces patofizjologiczny polega na reakcji nadwrażliwości typu IV na zróżnicowane czynniki, włączając czynniki wirusowe, bakteryjne oraz leki. Pojedyncze prace naukowe opisują zastosowanie nieinwazyjnych metod obrazowania skóry w diagnostyce pacjentów z EM. Dotychczas nie opisano zastosowania liniowej-konfokalnej optycznej tomografii koherentnej (LC-OCT) w diagnostyce EM.

Materiał i metody: Dokonano przeglądu literatury na temat nieinwazyjnych metod obrazowania skóry u pacjentów z EM. Na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej, fotograficznej, badań laboratoryjnych, obrazowych, LC-OCT oraz badania histopatologicznego przygotowano opis przypadku.

Wyniki: Pacjent, 31-letni, został przyjęty do Kliniki Dermatologicznej WUM z powodu występujących od 3 dni rumieniowo-obrzękowych zmian skórnych o morfologii tarczy strzelniczej z obecnością dobrze napiętych pęcherzy na kończynach górnych i dolnych wraz z towarzyszącymi nadżerkami na błonie śluzowej jamy ustnej i zewnętrznych narządów płciowych. Wystąpieniu zmian skórnych towarzyszyła reaktywacja zakażenia HSV. Podobne objawy kliniczne występowały okresowo od 2020 roku. W badaniu LC-OCT stwierdzono okołonaczyniowy odczyn zapalny oraz obecność podnaskórkowych pęcherzy. W badaniu histopatologicznym opisano nekrotycznie zmieniony naskórek z obecnością mieszanokomórkowego odczynu zapalnego zawierającego limfocyty, monocyty oraz neutrofile. W leczeniu zastosowano początkowo metyloprednizon domięśniowo w dawce maksymalnej 60 mg na dobę, a następnie prednizon doustnie w dawce 30 mg na dobę, acyklowir dożylnie w dawce 1500 mg na dobę oraz leczenie miejscowe, uzyskując znaczną poprawę stanu miejscowego. Z uwagi na nawrotowość zmian skórnych i śluzówkowych oraz związek z reaktywacją zakażenia HSV zastosowano u pacjenta profilaktyczne leczenie acyklowirem.

Wnioski: Pęcherzowa postać EM wymaga wnikliwej oceny klinicznej i ukierunkowanego postępowania diagnostyczno-leczniczego. Zastosowanie LC-OCT może stanowić wartościowe uzupełnienie procesu diagnostycznego i umożliwić obrazowanie zmian skórnych *in vivo*.

