



# DERMO SKOPIA

I KONFERENCJA SEKCJI DiTOS  
POLSKIEGO TOWARZYSTWA  
DERMATOLOGICZNEGO

**15–16 marca 2019 roku, Gdynia**

## **ORGANIZATOR**

**Sekcja Dermoskopii i Innych Techniki Obrazowania Skóry  
Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego**

## **CZŁONKOWIE KOMITETU ORGANIZACYJNEGO**

### **Przewodnicząca Sekcji DiTOS PTD — koordynator**

dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek

### **Członkowie Zarządu DiTOS PTD**

prof. dr hab. n. med. Andrzej Kaszuba

dr hab. n. med. Adriana Rakowska

dr n. med. Monika Słowińska

### **Prezes PTD**

prof. dr hab. n. med. Lidia Rudnicka

## **CZŁONKOWIE KOMITETU NAUKOWEGO**

### **Wykładowcy i Przewodniczący Sesji**

prof. dr hab. n. med. Zygmunt Adamski

prof. dr hab. n. med. Wojciech Baran

dr hab. n. med. Wioletta Barańska-Rybak, prof. nadzw.

dr hab. n. med. Rafał Białynicki-Birula

prof. dr hab. n. med. Ligia Brzezińska-Wcisło

prof. dr hab. n. med. Rafał Czajkowski

prof. dr hab. n. med. Magdalena Czarnecka-Operacz

dr n. med. Joanna Czuwara

prof. dr hab. n. med. Iwona Flisiak

prof. dr hab. n. med. Sebastian Giebel

dr n. med. Beata Imko-Walczuk

dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek

prof. dr hab. n. med. Andrzej Kaszuba

dr hab. n. med. Elżbieta Kowalska-Ołędzka

prof. dr hab. n. med. Dorota Krasowska

dr hab. n. med. Beata Kręcisz, prof. nadzw.

prof. Aimillios Lallas

dr hab. n. med. Magdalena Lange

prof. dr hab. n. med. Aleksandra Lesiak

dr hab. n. med. Anna Lis-Święty

dr n. med. Joanna Łudzik

lek. Małgorzata Maj

prof. dr hab. n. med. Sławomir Majewski

prof. dr hab. n. med. Romuald Maleszka

prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt

prof. dr hab. n. med. Roman Nowicki

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Olszewska

prof. dr hab. n. med. Witold Owczarek

prof. Giovanni Pellacani

prof. dr hab. n. med. Waldemar Placek

dr hab. n. med. Adriana Rakowska

prof. dr hab. n. med. Adam Reich

prof. dr hab. n. med. Lidia Rudnicka  
prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski  
dr hab. n. med. Tomasz Rutkowski  
dr hab. n. med. Aneta Szczerkowska-Dobosz  
lek. Martyna Sławińska  
dr n. med. Monika Słowińska  
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Składowski  
dr hab. n. med. Michał Sobjanek  
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Sokołowska-Wojdyło  
prof. dr hab. n. med. Jacek Szepietowski  
lek. Anastazja Szlauer-Stefańska  
dr n. med. Piotr Szlązak  
dr hab. n. med. Magdalena Trzeciak  
dr hab. n. med. Irena Walecka  
dr n. med. Olga Warszawik-Hendzel  
lek. Anna Waśkiel-Burnat  
dr n. med. Alexander Witkowski  
prof. dr hab. n. med. Anna Wojas-Pelc  
prof. dr hab. n. med. Anna Woźniacka  
prof. dr hab. n. med. Jerzy Wydmański  
dr hab. n. med. Wojciech Wysocki, prof. nadzw.  
prof. dr hab. n. med. Barbara Zegarska  
dr hab. n. med. Agnieszka Żebrowska

# PIĄTEK, 15 MARCA 2019 ROKU

## SESJA I. DERMOSKOPIA SKÓRY GŁADKIEJ I PRZYDATKÓW — NUDA VERITAS

godz. 10.10–11.45

Przewodniczący: dr hab. n. med. Beata Kręcisz, prof. nadzw., prof. dr hab. n. med. Zygmunt Adamski, prof. dr hab. n. med. Andrzej Kaszuba

### HISTORIA POLSKIEJ DEMOSKOPII THE HISTORY OF POLISH DERMOSCOPY

Waldemar Placek

Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Droga Płciową i Immunologii Klinicznej, Collegium Medicum, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Dermoskopia, zwana również mikroskopią epiluminescencyjną, dermatoskopią i mikroskopią powierzchniową, jest nieinwazyjną techniką przedoperacyjną *in vivo* do diagnozowania nowotworów skóry i barwnikowych zmian skórnych, mogących poprawić dokładność diagnostyczną czerniaka. Cała historia rozpoczęła się w 1655 roku, kiedy Peter Borrelus i w 8 lat później Johan Christophorus Kolhaus rozpoczęli wykonywanie mikroskopii powierzchniowej skóry. Była to pierwsza kapilaroskopia wałów paznokciowych. Ponad dwa wieki później, w 1879 roku, Hueter użył pomysłu Kolhaua do szczegółowej analizy naczyń włosowatych w obrębie dolnej wargi. Zastosowanie olejku immersyjnego w mikroskopii przez Abbe'ego we współpracy z Zeiss w 1878 roku zostało przeniesione do mikroskopii powierzchniowej skóry przez Unnę w 1893 roku. W 1971 roku Mackie (RM) po raz pierwszy zauważył zalety mikroskopii powierzchniowej w celu poprawy przedoperacyjnej diagnozy niejednorodnie zabarwionych zmian skórnych, szczególnie w różnicowaniu zmian złośliwych i łagodnych. Badania te kontynuowano w Europie od 1981 roku przez Fritscha i Pechlanera.

Termin „dermoskopia” został po raz pierwszy użyty w 2004 roku i opublikowany przez Weissmana w 2005 roku, a pierwszy Światowy Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Dermoskopii odbył się w Neapolu w kwietniu 2006 roku. Terminy „dermatoskopia” i „dermoskopia” są używane wymiennie — oznaczają nieinwazyjną technikę przedoperacyjną *in vivo* do diagnozowania zmian skórnych, podczas gdy daktyloskopia, ale nie dermatoskopia, jest wzorcem linii papilarnych opartym na trzech podstawowych formacjach grzbietowych.

Do Polski przywozłem metodę dermoskopii z Niemiec w 1991 roku po stażu w Kilonii u profesora Christophersa. W 1992 roku na zjeździe PTD w Gdańsku zafascynowali polskich dermatologów prof. Wolf z Wiednia i prof. Braun-Falco z Monachium. Początkowo dermoskopia rozwinęła się w 3 polskich ośrodkach: gdańskim, rzeszowskim i łódzkim.

W 1993 roku lek. med. Jacek Dąbkowski obronił pierwszą pracę doktorską z tej dziedziny — *Znamiona melanocytowe i osobnicze cechy fenotypowe jako wskaźniki ryzyka zachorowania na czerniaka skóry (Badania z zastosowaniem mikroskopii epiluminescencyjnej)*. Promotorem tej pracy był prof. Anastazy Omulecki, a recenzentami — prof. Maria Błaszczak i prof. Leszek Woźniak. Od tej pory autor opublikował 15 prac dotyczących dermoskopii w czasopiśmie polskich i zagranicznych. Ponadto jest autorem rozdziałów na temat dermoskopii w 4 książkach oraz autorem *Atlasu dermoskopii* wydanym w bieżącym roku.

Od roku 1993 w Gdyni, a potem w całej Polsce odbyło się kilkanaście kursów dermoskopii, w których brali udział prof. Biernat (patomorfolog), prof. Włodarkiewicz (dermatochirurg), prof. Placek (dermatolog i patomorfolog) oraz młodzi adepci dermoskopii: dr Jacek Dąbkowski z Łodzi i dr Jacek Tobała z Gdańska. Patronowały temu firmy dermatokosmetyczne: Derservice Pologne oraz La Roche Possay. W ostatnich 10 latach odbywają się liczne kursy organizowane przez Consultronix oraz doroczne kursy związane z Euromelanoma organizowane przez La Roche Possay.

Równoległe badania nad przydatnością poszczególnych wzorców prowadził dr Stanisław Bajcar z Rzeszowa. W 2001 roku lek med. Jacek Tobała z Gdańska obronił pracę *Przydatność badania dermatoskopowego w diagnostyce zmian barwnikowych oraz monitorowaniu chorych z zespołem znamion atypowych*. Promotorem był prof. Waldemar Placek.

W 2006 roku odbył się pierwszy Międzynarodowy Kurs i Konferencja Dermoskopowa w Warszawie (7–9.09.2006). Abstrakty zostały opublikowane w: *Exp Dermatol*; 15 (supl. 1): 1–15. Polscy dermatolodzy zwyciężyli w prestiżowym konkursie World Dermoscopy Championship, Vienna 2015. Lekarze z naszego kraju pokonali 30 drużyn z całego świata i wzbudziły uznanie jury, stawiając w finale prawidłowo 20 rozpoznajeń zmian skórnych w spektakularnym tempie. Skład polskiej drużyny stanowili: dr med. Grażyna Kamińska-Winciorek, „kapitan” zwycięskiego zespołu dermatologów, dr med. Monika Słowińska, dr hab. med. Elżbieta Kowalska-Oleędzka i lek. Paweł Piłat. Zostało wydanych kilkanaście podręczników i tłumaczeń dotyczących dermoskopii, dermoskopii, trichoskopii i innych metod wizualizacji zmian skórnych. Część z tych podręczników i atlasów jest stworzona przez polskich autorów, a większość to świetne tłumaczenia autorów zagranicznych. Pośród autorów rozdziałów na temat dermato- i dermoskopii w innych podręcznikach onkologii, dermatologii estetycznej czy dermatochirurgii należy zaznaczyć udział prof. Waldemara Placka, dr hab. Michała Sobjanka, dr hab. Grażyny Kamińskiej-Winciorek, dr hab. Ady Rakowskiej, prof. Lidii Rudnickiej.

Obecnie w świecie największymi ekspertami są: prof. Iris Zalaudek, prof. Argenziano, prof. Kittler, a w Polsce — dr hab. Grażyna Kamińska-Winciorek, zespoły z Kliniki Dermatologicznej WUM i MSWiA prof. Lidii Rudnickiej oraz wciąż dr Jacek Dąbkowski. Warto wspomnieć, że nasi naukowcy są znani w świecie, zasiadając w zarządach towarzystw międzynarodowych (szczególnie myślę tutaj o prof. Rudnickiej i dr hab. Grażynie Kamińskiej-Winciorek).

### NOWOCZESNE TECHNIKI OBRAZOWANIA W DERMATOLOGII MODERN IMAGING TECHNIQUES IN DERMATOLOGY — PRESENT AND FUTURE

Andrzej Kaszuba

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

Wśród nowoczesnych bezinwazyjnych metod obrazowania w dermatologii bardzo ważne miejsce zajmują metody pozwalające na różnicowanie zmian barwnikowych skóry.

W ostatnich latach rozwinęły się i unowocześniły techniki epiluminescencyjnej mikroskopii powierzchniowej (ELM, *epiluminescence microscopy*) — dermoskopii. Stały się one bardzo pomocne w praktyce lekarza dermatologa do rozpoznawania i różnicowania zmian barwnikowych, naczyniowych a także różnych chorób skóry i włosów (trichoskopia).

Diagnostyka fotodynamiczna jest wykorzystywana w onkologii dermatologicznej do diagnostyki stanów przedrakowych i nieczerniakowych nowotworów skóry.

Obserwuje się rozwój nowych metod diagnostyki dermoskopowej opartych na cyfrowym zapisie obrazu z namiana i jego analizie komputerowej (DELM, *digital epiluminescence microscopy*) pozwalających na pełną archiwizację danych i śledzenie zmian zachodzących w obrębie obrazu po upływie czasu.

Nowoczesne metody obrazowania, które mogą stanowić przyszłość diagnostyki dermatologicznej to także:

- Laserowa konfokalna mikroskopia skaningowa (CLSM)
- Metoda konfokalnej skaningowej mikroskopii laserowej światła odbitego (rCLSM)
- Dwuosiowa Konfokalna Mikroskopia Fluoresce (D-ACFM)
- Mikroskopia dwufotonowa (TPM)
- Mikroskopia multifotonowa (MPM)
- Optyczna tomografia koherencyjna (OCT)

Metody diagnostyki konfokalnej *in vivo* wprowadzone na początku XXI wieku zapoczątkowały nową erę w onkologii dermatologicznej. To nowoczesne metody oparte o systemy konfokalnej mikroskopii laserowej wykorzystujące światło odbite pozwalają na wizualizację w wysokiej rozdzielczości komórek i struktur tkankowych zlokalizowanych w naskórku i powierzchniowych warstwach skóry właściwej.

Wśród nieinwazyjnych metod obrazowania skanująca laserowa mikroskopia konfokalna (CSLM, *confocal scanning laser microscopy*) wyróżnia się ze względu na jej wysoką rozdzielczość i kontrast w porównaniu do zwykłych mikroskopów fluorescencyjnych. Metoda ta pozwala na natychmiastową wizualizację *in vivo* struktur mikroanatomicznych takich jak naskórek, ale również pojedynczych komórek, np. melanocytów. Metoda konfokalnej skaningowej mikroskopii laserowej światła odbitego (rCLSM) w połączeniu z obrazowaniem w świetle spolaryzowanym — (PLI, *polarized light imaging*) z użyciem kamery CCD okazała się przydatna w ocenie stopnia progresji czerniaka. Światło odbite pozwala wykryć bardzo wczesną progresję czerniaka do warstwy podnaskórkowej, natomiast światło spolaryzowane służy do różnicowania zmian powierzchniowych i głębokich.

Wielu autorów zwraca uwagę na przydatność metody konfokalnej do różnicowania łagodnych zmian i czerniaka wskazując na możliwość bezinwazyjnego badania morfologii skóry w czasie rzeczywistym podobnie do konwencjonalnej mikroskopii.

Wysoka rozdzielczość mikroskopii konfokalnej daje nadzieję, że kryteria ustalone dla konwencjonalnej mikroskopii świetlnej mogą mieć w przyszłości zastosowanie do interpretacji konfokalnych obrazów zmian barwnikowych.

Optyczna tomografia koherencyjna (OCT) jest nieinwazyjną techniką badania morfologicznego tkanki. Po raz pierwszy wprowadzona przez Ferchera i wsp. i Huang'a i wsp. do badania ludzkiego oka. Okazało się, że ma ona wartość w wizualizacji zmian w siatkówce i rogówce oka. W latach 1990 OCT opierała się na interferometrii o niskiej koherencji (LCI), dla uzyskania profilu głębokości, które są odpowiednikiem skanów USG A. W ostatnim dziesięcioleciu postęp w dziedzinie optyki, włókien oraz technologii laserowej umożliwił uzyskanie pierwszego tomogramu ludzkiego oka w 1991 roku a w 1997 użycie go do badania skóry. Metoda ta:

- Pozwala uzyskać dwuwymiarowe (pionowe) przekrojowe i poziome obrazy obszarów skóry o powierzchni kilku milimetrów kwadratowych z głębokością penetracji do 1,5 mm.
- Głębokość jej obrazowania 0,5–1,5 mm jest znacznie wyższa niż mikroskopii konfokalnej światła odbitego (RCM), < 0,2 mm, ale w przeciwieństwie do RCM nie jest w stanie uwidocznić poszczególnych komórek.
- Obrazy OCT są wyświetlane w czasie rzeczywistym, pokazując zmiany architektoniczne warstw skóry.
- OCT jest techniką obrazowania „pasywnego”, która nie wymaga użycia środka kontrastowego. Nie może ona wykrywać markerów fluorescencyjnych.

Rozdzielczość obrazu i kontrast w OCT są znacznie wyższe niż w USG. OCT jest idealna do obrazowania podpowierzchniowej mikrostruktury naskórka i górnej warstwy skóry właściwej. Niedawno pojawiła się nowa technika OCT różnie nazywana:

- OCT spotu punktowego,
- mikroangiografii optycznej
- dynamicznego OCT (D-OCT).

Stosując metodę D-OCT do dodatkowego obrazowania naczyń krwionośnych w zmianach skórnych, wydaje się możliwe, że użyteczność OCT można rozszerzyć o diagnozowanie/prognostowanie czerniaka i innych patologii skóry.

Mikroskopia multifotonowa natomiast pozwala na głęboką penetrację tkanek przy stosunkowo niewielkiej fototoksyczności, co czyni ją skutecznym narzędziem do długotrwałej obserwacji ewolucji nowotworów skóry.

## INNOWACYJNE ZASTOSOWANIE DERMOSKOPII W DERMATOONKOLOGII INNOVATIVE APPLICATION OF DERMOSCOPY IN DERMATO-ONCOLOGY

Grażyna Kamińska-Winciorek

Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

**Wstęp:** Dermoskopia (mikroskopia epiluminescencyjna) zaliczana jest do nowoczesnych metod rozpoznawania wybranych zmian skórnych,

nie tylko melanocytarnych i niemelanocytarnych, w tym czerniaków i raków skóry, ale również wybranych dermatoz zapalnych (inflammoskopia), zakażeń pasożytniczych (entomodermoskopia) oraz chorób skóry owłosionej (trichoskopia) lub oceny mikrokrążenia naczyniowego (kapilaroskopia).

Celem pracy jest omówienie tradycyjnych i innowacyjnych wskazań do zastosowania dermoskopii jako narzędzia wykorzystywanego nie tylko we wstępnym rozpoznawaniu złośliwych nowotworów skóry czy też przerzutów do skóry wywodzących się ze złośliwych nowotworów narządowych, ale także w monitorowaniu dermoskopowym efektów prowadzonej terapii miejscowej i systemowej oraz towarzyszących toksyczności skórnych.

**Materiał i metodyka:** W pracy przedstawiono autorski podział innowacyjnego zastosowania dermoskopii w oparciu o doświadczenia własne, dane ikonograficzne oraz analizę opublikowanej literatury w bazie naukowej PubMed.

**Wyniki:** Dermoskopia swoje pierwotne zastosowanie znalazła w różnicowej diagnostyce zmian melanocytarnych, szczególnie czerniaka skóry, w zależności od jego lokalizacji oraz wariantów histopatologicznych i stopnia zaawansowania klinicznego. Aktualnie zaliczana jest również do sprawdzonych metod wstępnej diagnostyki raków złośliwych, mięsaków oraz chłoniaków skóry. Ponadto dermoskopia stanowi dobre narzędzie ułatwiające określenie zakresu chirurgicznego wycięcia wybranych nowotworów skóry, prowadzenie obserwacji po chirurgicznym wycięciu ogniska (kontrola bliźny oraz wykluczenie przerzutów *in transit*), a także wybór odpowiedniej metody leczenia w kontekście wybranych cech dermoskopowych. Aktualnie jest metodą wykorzystywaną również w diagnostyce histopatologicznej *ex vivo* oraz kontroli prowadzonej terapii dermatoonkologicznej — zarówno miejscowej jak i systemowej.

**Wnioski:** Ze względu na nieinwazyjny charakter tego badania, a także możliwość szybkiego i trafnego ustalenia rozpoznania, dermoskopia stanowi dobrą metodę diagnostyczną wybranych schorzeń skóry dotyczących pacjentów w stanie ogólnym ciężkim, poddanych procedurom transplantacyjnym lub pozostających w trakcie leczenia onkologicznego.

## DERMSKOPIA PRZYDATKOWIAKÓW DERMOSCOPY OF ADNEXOMAS

Monika Słowińska

Klinika Dermatologiczna WIM CSK MON w Warszawie

**Wstęp:** Guzy wywodzące się z przydatków skóry mogą zostać zakwalifikowane jako łagodne lub złośliwe. Odróżnia je głównie lokalizacja związana z ich ontogenezą, dynamika wzrostu, wiek pacjenta w momencie zachorowania, ich liczba, tło genetyczne, a nierzadko podłoże, na którym wzrastają. Dermoskopia przydatkowiaków nie jest jeszcze w pełni ugruntowana, gdyż wiele publikacji opisuje tylko pojedyncze przypadki zachorowania lub niewielkie grupy chorych.

**Cel:** Celem pracy było przedstawienie dotychczasowej wiedzy na temat dermoskopii guzów przydatków w oparciu o dane literaturowe i doświadczenia własne.

**Materiał i metodyka:** Przegląd piśmiennictwa bazy danych PubMed oraz własnej bazy danych Fotofinder

**Wyniki:** Przedstawiono obrazy dermoskopowe guzów przydatków wywodzących się z gruczołów łojowych, apokrynowych, potowych, mieszków włosowych oraz zmiany złożone. Przedstawiono szerokie spektrum zmian od *hamartoma* (określanych terminem znamię) przez torbielaki/cysty, gruczołaki, gruczołakoraki do raków wraz z ich diagnostyką różnicową. Przydatkowiaki najczęściej imitują raki skóry, w tym szczególnie raka podstawonokomórkowego. Często są bowiem różnymi guzkami z widocznymi rozgałęzionymi teleangiektazjami na powierzchni. Największą różnorodność struktur dermoskopowych wykazują guzy wywodzące się z gruczołów potowych, które mogą imitować m.in. czerniaka. Wśród objawów pozwalających wyróżnić komponent gruczołów łojowych, znajdują się tzw. struktury żółte, są one jednak odmiennie wyrażone w różnych grupach wiekowych.

**Dyskusja:** Biorąc pod uwagę mnogość guzów przydatków skóry i ich odmian najczęściej właściwa diagnoza może zostać postawiona jedynie na podstawie badania histopatologicznego nierzadko wspomaganego dodatkowymi barwieniami enzymatycznymi. Przykładem mogą tu być *syringoma* i *hidroadenoma*, które wywodzą się z gruczo-

łów apokrynowych lub potowych. Guzy zawierające gruczoły łojowe i/lub mieszki włosowe należą o jednych z najczęstszych przykładów złożonych guzów przydatków. Warto jednak pamiętać, iż z uwagi na rozwój ontogenetyczny gruczoły potowe nie współwystępują w guzach złożonych z pozostałymi przydatkami skóry. Dermoskopia nadal ma tu ograniczone znaczenie diagnostyczne co jest związane z samą formą guzkową zmian, rzadkim występowaniem wielu z ich odmian oraz nierzadko podobnym obrazem zmian łagodnych i złośliwych. Konieczne są dalsze porównawcze badania kliniczne na dużych grupach chorych, które poddałyby ocenie czułość i swoistość poszczególnych wzorców dermoskopowych w rozpoznawaniu poszczególnych zmian skórnych.

**Podsumowanie:** Należy pamiętać, iż zmiany skórne wywodzące się z przydatków skóry mogą nierzadko imitować czerniaka lub najczęstsze nowotwory skóry.

## ONYCHOSKOPIA W MOICH NAJCIĘKAWSZYCH PRZYPADKACH KLINICZNYCH ONCHOSCOPY IN MY MOST INTERESTING CLINICAL CASES

Michał Sobjanek, Martyna Sławińska

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Onychoskopia początkowo wykorzystywana głównie w diagnostyce zmian barwnikowych aparatu paznokciowego, obecnie stanowi istotny element oceny klinicznej ułatwiający diagnostykę pacjentów z różnymi schorzeniami tej okolicy. Poza łagodnymi i złośliwymi nowotworami aparatu paznokciowego metoda jest przydatna m.in. w diagnostyce bakteryjnych, grzybiczych i wirusowych schorzeń aparatu paznokciowego, dermatoz zapalnych, zmian pourazowych oraz manifestacji chorób ogólnoustrojowych. Podczas wykładu zostaną przedstawione wybrane, interesujące przypadki pacjentów potwierdzające istotną rolę onychoskopii w praktyce dermatologicznej.

# SESJA II. SESJA INAUGURACYJNA — PER ASPERA AD ASTRA

godz. 12.00–14.00

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Lidia Rudnicka, prof. dr hab. n. med. Rafał Czajkowski, dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek

## REFLEKSYJNA KONFOKALNA MIKROSKOPIA SKANINGOWA — MOŻLIWOŚCI I OGRANICZENIA REFLECTANCE CONFOCAL LASER SCANNING MICROSCOPY — POSSIBILITIES AND LIMITATIONS

Giovanni Pellacani

Streszczenia nie nadesłano.

## NOWOŚCI W DIAGNOSTYCE DERMOSKOPEJ CZERNIAKA NEWS IN DERMOSCOPIC DIAGNOSTICS OF MELANOMA

Amilios Lallas

First Department of Dermatology, Aristotle University, Thessaloniki, Greece

W codziennej praktyce klinicyści używający dermoskopii są w stanie prawidłowo klasyfikować zmiany skórne tak szybko, jak długo trwa mrugnięcie oka, co określa się jako metodę „mrugnięcia oka” (*blink*), która polega na rozpoznawaniu znanych wzorców. Większość czerniaków może być łatwo rozpoznana tą metodą bez potrzeby analizy obrazu dermoskopowego i stosowania jakiegokolwiek algorytmu. Jednak nieliczne czerniaki mogą nie zostać wykryte, gdy ich wzorzec będzie typowy dla zmian łagodnych, gdy będą prezentowały niewielką asymetrię struktur lub kolorów albo gdy będą położone w specjalnych lokalizacjach. W ciągu ostatnich lat nasza wiedza na temat morfologii dermoskopowej tych trudnych do zdiagnozowania czerniaków znacząco się poprawiła. Dermoskopia czerniaka *in situ*. Dobrze znane charakterystyczne dla czerniaków cechy dermoskopowe ujawniają się dopiero na pewnym etapie ich ewolucji i wówczas pozwalają na postawienie pewnego rozpoznania przy zastosowaniu dermoskopii. Na wczesnym etapie (przy czym jest to możliwe, że typowe kryteria będą występować już wcześniej) może się zdarzyć, że czerniak zostanie przeoczony. Często dzieje się tak w przypadku, gdy nowotwór jest jeszcze ograniczony do naskórka (melanoma *in situ*). I rzeczywiście, ostatnio przeprowadzone badanie analizujące dermoskopową morfologię czerniaków *in situ* w porównaniu z innymi guzami wykazało, że niektóre „klasyczne” predyktory czerniaka są nieefektywne w rozpoznawaniu czerniaka *in situ*. Najbardziej kluczowymi cechami przydatnymi w rozpoznawaniu czerniaków na tak wczesnym etapie są: obecność nieregularnych obszarów o wzmożonym zabarwieniu, wydätne poletkowanie skóry i linie zakrzywione występujące w czerniakach powstałych na podłożu skóry uszkodzonej przez promieniowanie słoneczne. Rozpoznawanie *lentigo maligna* (obliteracja i zatarcie mieszków włosowych). Diagnostyka różnicowa płaskich plam barwnikowych na twarzy

obejmuje *lentigo maligna* (LM) — postać barwnikową rogowacenia słonecznego (PAK) oraz plamę soczewicowatą/wczesną brodawkę łojotokową (SL/SK). Kilka lat temu opisano model progresji LM, wprowadzając 4 główne kryteria LM, które ujawniają kolejne etapy progresji nowotworu: szare kropki, szare globule, asymetryczne ujścia mieszków włosowych i struktury romboidalne. W późniejszych etapach barwnik zamyka ujścia mieszków, a w zaawansowanych guzach uwidaczniają się barwa niebieska i atypowe naczynia krwionośne. Ostatnio sugeruje się, że obecność szarych kół otaczających ujścia mieszków jest charakterystyczną cechą LM. Jednakże wczesne rozpoznanie LM pozostaje nadal bardzo trudne, z uwagi na bardzo subtelne nieprawidłowości w strukturach dermoskopowych na wczesnym etapie. Dlatego też w ostatnich latach zasugerowano, by szukając wzorców czerniaka, potwierdzić lub wykluczyć obecność 6 struktur bardzo charakterystycznych dla PAK lub SL/SK, do których należą: złuszczenie, białe ujścia mieszków, rumień lub naczynia siateczkowate, siateczkowate lub zagięte linie, brązowy obszar bezstrukturalny, ostre odgraniczenie i klasyczne kryteria rozpoznawania SK, takie jak pseudocysty rogowe. Jeśli którakolwiek z tych 6 cech jest wyraźnie rozpoznawana i obejmuje znaczną część zmiany, rozpoznanie LM może być wykluczone i wykonywanie biopsji nie jest konieczne. Jeśli żadna z 6 cech nie występuje; zmiana jest podejrzana, nawet gdy nie prezentuje żadnych cech typowych dla LM.

Rozpoznawanie czerniaka akralnego. Znamiona akralne typowo charakteryzują się wzorcem równoległym z barwnikiem położonym w bruzdach, a czerniaki akralne — wzorcem równoległym z barwnikiem położonym w grzebieniach naskórka. Niezależnie od oceny tego, czy barwnik jest zlokalizowany w bruzdach, czy w grzebieniach, klinicyści nie powinni pomijać oceny całościowej symetrii zmiany oraz „klasycznych” struktur typowych dla czerniaka (np. nieregularnych pól bezstrukturalnych). Lista kontrolna BRAAFF jest ostatnio zaproponowanym algorytmem rozpoznawania czerniaka akralnego, który zawiera wspomniane wyżej parametry. Zgodnie z tym algorytmem wyróżniono 4 predyktory czerniaka: wzór równoległy z barwnikiem położonym w grzebieniach, asymetrię barw i struktur oraz nieregularne pola bezstrukturalne. W przeciwieństwie do nich wzorzec równoległy z barwnikiem położonym w bruzdach oraz wzorzec włókienkowy są negatywnymi predyktorami czerniaka (tym samym sugerują zaniamię).

Świat interaktywny/dermoskopia w świecie interaktywnym. W nowoczesnej cyfrowej erze szkolenie się i nabywanie przez nas doświadczenia odbywa się innymi drogami niż te, do których byliśmy dotychczas przyzwyczajeni. Istnieje kilka narzędzi, a jednym z najpopularniejszych jest aplikacja You Dermoscopy, której celem jest nauczenie jej użytkowników rozpoznawania zmian skórnych metodą „mrugnięcia oka”. Należy jednak wyjaśnić, że narzędzia te mają na celu nie zastąpienie



podstawowego szkolenia, ale raczej umożliwienie dalszego ćwiczenia metodą interaktywną.

#### ABSTRACT

In the daily practice, clinicians using dermoscopy are able to correctly classify skin lesions by the so-called “blink” method, which is a very fast procedure based on recognition of known patterns. Most melanomas can be easily recognised in this way, without a need for dermoscopic analysis or use of any algorithm. However, a minority of melanomas might escape detection by pattern recognition because they do not display a marked asymmetry of structures or colours or because they are located on specific sites. In the last years, our knowledge on the dermoscopic morphology of these difficult-to-diagnose melanoma types significantly improved.

Dermoscopy of melanoma *in situ*. The well-known dermoscopic characteristics of melanoma become evident after a certain stage of evolution, allowing a straight-forward diagnosis upon application of dermoscopy. At an earlier stage, though, it is possible that these criteria are not yet present and, therefore, a melanoma might be overlooked. This is often the case when the tumor is still confined within the epidermis (melanoma *in situ*). Indeed, a recent study investigating the dermoscopic morphology of melanoma *in situ* as compared with other tumors, found that the “classic” melanoma predictors are not equally efficient to diagnose melanoma *in situ*. The most useful clues to recognise melanoma at such an early stage are irregular hyperpigmented areas, prominent skin markings and angulate lines, the latter for melanomas developing on sun-damaged skin. Diagnosis of lentigo maligna. The differential diagnosis of a flat facial pigmented macule includes lentigo maligna (LM), pigmented actinic keratosis (PAK) and solar lentigo/early seborrheic keratosis (SL/SK). A dermoscopic progression model has been described several years ago, introducing 4 main criteria of LM that appear sequentially as the tumor progresses: gray dots, gray globules, asymmetric follicular openings and rhomboidal structures. At a later stage, the pigmentation obliterates the follicular openings, while blue color and atypical vessels can be seen in advanced tumors. More recently, the detection of gray circles surrounding the follicular openings has been suggested as a specific clue of LM. However, the early recognition of LM remains highly problematic, because the dermoscopic alterations are often very subtle at an early stage. A recently introduced approach to address this problem is the following: Rather than aiming to the recognition of specific melanoma patterns, clinicians should seek for the dermoscopic presence or absence of the following six features that are highly suggestive of PAK or SK/SL: scales, white follicles, erythema or reticular vessels, reticular or curved lines, structureless brown colour, sharp demarcation, and classic criteria of SK such as milia-like cysts. If any of the above 6 features is clearly recognized and widely distributed on the surface of the lesion, the diagnosis of LM is excluded and biopsy is not considered necessary. In the absence of these features, the lesion is considered suspicious even without displaying any melanoma-specific criterion.

Diagnosis of acral melanoma. In acral moles, the parallel furrow pattern is considered to be suggestive of a nevus and the parallel ridge pattern as highly indicative of melanoma. In addition to evaluating if the pigmentation is arranged on the furrows or the ridges, clinicians evaluating acral moles should not omit to assess the overall symmetry of the lesion and the presence of “classic” melanoma-specific criteria (ex, irregular blotch). The BRAFF checklist is a recently introduced dermoscopic algorithm, which includes the assessment of all the aforementioned parameters. According to this algorithm, the following 4 melanoma predictors should be taken into account: parallel ridge pattern, asymmetry of colors, asymmetry of structures and irregular blotch. In contrast, parallel furrow and fibrillar lines represent negative melanoma predictors (being, therefore, suggestive of a nevus).

An interactive world. In the digital modern era, training and building our experience takes place in different ways than the ones we are used to. Several tools do exist and one of the most popular applications that aim to train users in “blink” recognition is YOUdermoscopy. It has to be clarified that these tools do not aim to replace the basic training, but to provide an opportunity for further exercising in an interactive way

#### ZMIANY SPITZOIDALNE — DIAGNOSTYKA I POSTĘPOWANIE SPITZOID LESIONS — DIAGNOSTICS AND MANAGEMENT

Amilios Lallas

First Department of Dermatology, Aristotle University, Thessaloniki, Greece

Zmiany spitzoidalne stanowią trudną i kontrowersyjną grupę pod względem rozpoznania klinicznego, zachowania biologicznego i spo-

sobów postępowania. Chociaż znamiona Spitz są uważane za zmiany łagodne, ich kliniczna i dermoskopowa morfologia pokrywa się z spitzoidalnymi czerniakami, co powoduje, że właściwe postępowanie ze zmianami spitzoidalnymi jest szczególnie trudne. Kontrowersje jeszcze narastają z powodu guzów, które nie mogą zostać histopatologicznie rozgraniczone pomiędzy zmianami łagodnymi, czyli znamionami, a złośliwymi — czerniakami (atypowymi guzami spitzoidalnymi, AST). Dotychczas sugerowano wykonywanie biopsji węzła wartowniczego — jako metody bezpiecznej, która umożliwi przewidzenie biologicznego zachowania AST w oparciu o założenie, że wykrycie melanocytów w węzle wartowniczym pozwoli na przewidzenie agresywnego biologicznego zachowania guza. Jednakże ostatnio wyjaśniono, że AST wiąże się z bardzo korzystną prognozą, nawet w przypadkach wykrycia pozytywnych węzłów wartowniczych. Dlatego też obecnie optymalnym postępowaniem jest szerokie wycięcie zmiany, podczas gdy biopsja węzła wartowniczego powinna być uważana za nieodpowiednią.

Z punktu widzenia morfologii wzorzec spitzoidalny z góry zakłada symetryczne rozmieszczenie barw i struktur. Dokładnie te same struktury reprezentują kryteria typowe dla czerniaka, jeśli są rozmieszczone asymetrycznie. Przykładowo asymetrycznie rozmieszczone na obwodzie zmiany smugi, pseudopodia czy globule są uważane za cechy sugerujące czerniaka.

Wzorce dermoskopowe barwnikowego znamienia Spitz (Reed). Barwnikowe znamiona Spitz charakteryzują się wzorcem wybuchu gwiazdy lub globularnym z siatką odwróconą (siateczkowate odbarwienie). Wzorzec wybuchu gwiazdy stanowi fazę przejściową w morfologicznej ewolucji znamienia Spitz (Reed), gdyż prędzej czy później zmieni się w wzorzec homogenny lub siateczkowaty. W fazie końcowej nie można już rozpoznać typowego znamienia Spitz.

Wzorce dermoskopowe bezbarwnikowego znamienia Spitz. Równomiernie rozmieszczone naczynia kropkowane otoczone przez białe linie lub obszary (siatką odwróconą/siateczkowate odbarwienie) reprezentują typowe cechy dermoskopowe bezbarwnikowych znamion Spitz. W wyniosłych lub guzkowych znamionach Spitz widoczne są naczynia krwionośne w postaci dużych czerwonych globul, naczyń kłębuszkowatych, typu szpilki do włosów lub śrubowatych (korkociągawatych). Wzorce dermoskopowe atypowych guzów spitzoidalnych (AST). Większość AST dermoskopowo charakteryzuje się wzorcem wieloskładnikowym i dlatego są one podobne do czerniaka. Aczkolwiek część AST może prezentować równomiernie rozmieszczone naczynia kropkowane z siatką odwróconą (siateczkowatym odbarwieniem) lub bez, imitując tym samym bezbarwnikowe znamiona Spitz.

Wzorce dermoskopowe czerniaków spitzoidalnych. Czerniaki spitzoidalne zwykle charakteryzują się asymetrycznym rozmieszczeniem struktur spitzoidalnych (smug, globul, struktur naczyńowych), często powiązanych ze sobą w formę tak zwanego wzorca wieloskładnikowego. Jednakże czerniak może rzadko perfekcyjnie imitować barwnikowe lub bezbarwnikowe znamię Spitz. Prawdopodobieństwo czerniaka w postaci symetrycznej dermoskopowo zmiany spitzoidalnej jest uzależnione od wieku pacjenta. Jest ono niezmiernie rzadkie przed dojrzeniem i stopniowo rośnie — występuje w 50% u osób w 50. roku życia.

Postępowanie w zmianach spitzoidalnych. Zmiany prezentujące cechy spitzoidalne (smugi/pseudopodia rozmieszczone obwodowo, naczynia kropkowane, siatką odwróconą/siateczkowate odbarwienie) rozmieszczone asymetrycznie powinny być wycinane chirurgicznie, by wykluczyć czerniaka. Gdy wszystkie powyższe wymienione struktury rozmieszczone są asymetrycznie, powinny być uważane za kryteria sugerujące rozpoznanie czerniaka. Zmiany spitzoidalne symetryczne dermoskopowo powstałe po 12. roku życia powinny być także traktowane z ostrożnością, gdyż jak już wspomniano powyżej, istnieje duże ryzyko, że taka zmiana jest czerniakiem. Zalecane postępowanie to wycięcie chirurgiczne.

Zalecanym postępowaniem w przypadku dermoskopowo symetrycznych guzkowych zmian spitzoidalnych u pacjentów poniżej 12. roku życia jest także wycięcie chirurgiczne, głównie z powodu niemożności wykluczenia AST na podstawie dermoskopowej morfologii zmiany. Monitorowanie do czasu stabilizacji zmiany prezentuje akceptowalną opcję alternatywną. U pacjentów poniżej 12. roku życia postępowanie w symetrycznych dermoskopowo, wyniosłych lub płaskich zmianach spitzoidalnych polega na ich monitorowaniu do czasu stabilizacji. Aczkolwiek klinicyści powinni wziąć pod uwagę, że znamiona Spitz charakteryzują się dużą dynamiką, stąd ich monitorowanie, zamiast uspokajać, może czasami powodować większy niepokój i w efekcie prowadzić do niepotrzebnych wycięć.

#### ABSTRACT

Spitzoid lesions represent a challenging and controversial group of tumors, in terms of clinical recognition, biologic behavior and management

strategies. Although Spitz nevi are considered benign tumors, their clinical and dermoscopic morphologic overlap with spitzoid melanoma renders the management of spitzoid-looking lesions particularly challenging. The controversy deepens because of the existence of tumors that cannot be safely histopathologically diagnosed as nevi or melanomas (AST, atypical Spitz tumors). Sentinel lymph node biopsy (SLNB) has been suggested as helpful strategy to predict the biology of AST, based on the assumption that the detection of melanocytic cells in the sentinel lymph node would predict an aggressive biologic behavior. However, it has been recently clarified that AST is associated with a highly favorable prognosis, even in case of SLNB positivity. Therefore, that the optimal management of AST is wide surgical excision, while SLNB should be considered inappropriate. From a morphologic point of view, a "spitzoid" pattern by definition presupposes a symmetric arrangement of colors and structures. Precisely the same dermoscopic structures represent melanoma-specific criteria if distributed asymmetrically. For example, asymmetrically distributed peripheral streaks, pseudopods or globules are considered features suggestive of melanoma.

Dermoscopic patterns of pigmented Spitz (Reed) nevus. Pigmented Spitz nevi are dermoscopically typified either by a starburst pattern or by a globular pattern associated with reticular depigmentation. The starburst pattern represents a transitory phase in the morphologic evolution of a Spitz (Reed) nevus, since it will sooner or later turn into homogeneous or reticular pattern. In that phase, a Spitz (Reed) nevus cannot be recognized as such.

Dermoscopic patterns of non-pigmented Spitz nevus. Regularly distributed dotted vessels surrounded by white lines or areas (negative network/reticular depigmentation) represent the dermoscopic hallmark of non-pigmented Spitz nevus. In raised and nodular Spitz nevi the vessels might project as large red globules, coiled vessels or even hairpin or corkscrew vessels. Dermoscopic patterns of AST. The majority of AST are dermoscopically typified by a multicomponent pattern and are, therefore, dermoscopically

similar to melanoma. However, a proportion of AST might display regularly distributed dotted vessels with or without reticular depigmentation, mimicking a non-pigmented Spitz nevus.

Dermoscopic patterns of spitzoid melanoma. Spitzoid melanoma is usually characterized by an asymmetric distribution of spitzoid features (streaks, globules, vascular structures), often combined among them to form the so-called multicomponent pattern. However, less frequently, melanoma might perfectly mimic a pigmented or non-pigmented Spitz naevus. The probability of a dermoscopically symmetric spitzoid-looking lesion to be a melanoma depends on the patient's age: It is extremely low before puberty and gradually increases afterwards, being equal to 50% after the age of 50 years.

Management of spitzoid-looking lesions. Lesions displaying spitzoid features (peripheral streaks/pseudopods, dotted vessels, reticular depigmentation) asymmetrically distributed should be excised to rule out melanoma. All the aforementioned features, when not symmetrically distributed, should be considered as criteria suggestive of melanoma. Dermoscopically symmetric spitzoid-looking lesions developing after the age of 12 years should also be managed with caution since, as mentioned above, such a lesion has a considerable probability to be a melanoma. The recommended management is excision.

Below the age of 12, the recommended management of dermoscopically symmetric nodular spitzoid-looking lesions is excision, mainly because the possibility of AST cannot be excluded on the basis of dermoscopic morphology. Follow up until stabilization represents an acceptable alternative option.

Below the age of 12, the recommended management of dermoscopically symmetric flat/raised spitzoid-looking lesions is follow up until stabilization. However, clinicians should take into consideration that Spitz nevi are highly dynamic lesions and following up their morphologic evolution sometimes will increase anxiety instead of reducing it and lead to unnecessary excisions.

## SESJA FIRMY LA ROCHE-POSAY



godz. 14.00–14.20

Przewodnicząca: prof. dr. hab. n. med. Barbara Zegarska; moderator: dr n. med. Monika Słowińska

### ZNACZENIE FOTOPROTEKCJI W WYBRANYCH PROCESACH ZACHODZĄCYCH W SKÓRZE NA PODSTAWIE NAJNOWSZYCH PUBLIKACJI THE IMPORTANCE OF PHOTOPROTECTION IN SELECTED PROCESSES OCCURRING IN THE SKIN BASED ON THE MOST RECENT LITERATURE

dr n. med. Joanna Czuwara

Streszczenia nie nadesłano.

## SESJA III. TRICHOSKOPIA — CAPILLUS EST VIS

godz. 15.20–17.20

Przewodniczący: dr hab. n. med. Adriana Rakowska, dr hab. n. med. Anna Lis-Święty, dr n. med. Mariusz Sikora

### DERMOSKOPIA — WCZORAJ, DZIŚ, JUTRO DERMOSCOPY: PAST, PRESENCE AND FUTURE (WYKŁAD SPECJALNY)

Lidia Rudnicka, Anna Waskiel

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Dermoskopia stała się w ostatnich latach podstawowym narzędziem diagnostycznym. Dermoskop przeszedł drogę od urządzenia służącego celom eksperymentalnym do naszego podstawowego narzędzia pracy w tempie błyskawicznym. Jeszcze dwadzieścia lat temu rezydenci nie słyszeli

o dermoskopii. W latach pięćdziesiątych XX wieku w Polsce tylko nieliczne osoby interesowały się dermoskopią. Pani Doktor Iwona Pniewska przywoziła wtedy fascynację tą metodą diagnostyczną z Australii, pan dr Stanisław Bajcar napisał *Atlas dermoskopii zmian barwnikowych*, który został wydany w 2000 roku. Na świecie pierwszymi urządzeniami stosowanymi w diagnostyce obrazowej skóry były duże stacjonarne dermoskopy, wążące ponad 100 kg. Nieznana była wtedy nazwa „dermoskopia”. Powstała ona jako konsensus między ekspertami, którzy używali różnych nazw do określenia tej samej techniki. Jej autorem był profesor Kopfa; nazwa została przyjęta w głosowaniu większością ponad 80%. Krótko po tym powstało Międzynarodowe Towarzystwo Dermoskopowe (*International Dermo-*



skopy Society), kierowane przez prof. Petera Soyera, które zorganizowano pierwszy Światowy Kongres Dermoskopii (*World Congress of Dermoscopy*). Na informację o przyjęciu nowej nazwy negatywnie zareagował profesor Bernie Ackerman, jeden z wiodących w tamtym okresie dermatopatologów amerykańskich. Prof. Ackerman argumentował, że nazwa zawiera błąd lingwistyczny, i sugerował zmianę nazwy na „dermatoskopia”.

Niektórzy dermatolodzy, szczególnie w krajach niemieckojęzycznych, przyjęli tę argumentację, inni pozostali przy starej nazwie. W tym czasie rozmiar dermoskopu został zminiaturyzowany do wielkości około 20 cm (Heine), a następnie do wielkości około 10 cm (DermLite). Rozwinęły się techniki wideodermoskopowe (wideodermoskopowe), które dawały możliwość oceny zmian w większym powiększeniu i łatwej rejestracji obrazu. Dermoskopia przez wiele lat była techniką stosowaną wyłącznie do oceny nowotworów skóry. W późniejszym okresie rozwinęła się trichoskopia, opracowana głównie przez polskich dermatologów, a w 2017 roku powstało Międzynarodowe Towarzystwo Dermoskopowe. Obecnie, w 2018 roku, towarzystwo liczy ponad 300 członków, z czego największą grupę (prawie 100 osób) stanowią polscy dermatolodzy. W 2018 roku w Polsce odbył się Pierwszy Światowy Kongres Trichoskopii (1<sup>st</sup> World Congress of Trichoscopy). Kolejne kongresy światowe trichoskopii planowane są w Sorrento (2020), Rio de Janeiro (2022) i Kijowie (2024). Dermoskopię paznokci nazwano onychoskopią. Najnowszą, rozwijającą się metodą opartą na dermoskopii jest inflamoskopia, która ułatwia rozpoznawanie chorób zapalnych skóry. W Polsce niewątpliwie kamieniem milowym w rozwoju dermoskopii jest konferencja DITOS PTD. Program konferencji pokazuje, jak daleką drogę przeszła polska dermoskopia od pierwszej konferencji dermoskopowej w 2006 roku do osiągnięć wielu polskich wykładowców w roku 2019. Niewątpliwie dermoskopia stała się nie tylko ważnym narzędziem diagnostycznym, ale również kolejną ważną umiejętnością wyróżniającą dermatologów-wenerologów.

#### PATOMECHANIZMY CHOROÓB PRZEBIEGAJĄCYCH Z ŁYSIENIEM W OBRAZOWANIU TRICHOSKOPOWYM PATHOMECHANISMS OF DISEASES ASSOCIATED WITH ALOPECIA IN TRICHOSCOPIC IMAGING

Adriana Rakowska

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Trichoskopia umożliwia obserwację procesów patologicznych w różnych chorobach przebiegających z łysieniem. Obserwowane są objawy dotyczące łodygi włosowych i naskórka, a ponieważ jednocześnie obserwowana jest duża powierzchnia skóry głowy, często otrzymujemy więcej informacji niż jest to możliwe w ocenie histopatologicznej. Zrozumienie, co tak naprawdę widzimy stanowi klucz do prawidłowej diagnozy, z drugiej strony trichoskopia poszerzyła nasze rozumienie procesów zachodzących w wielu typach łysienia. Przykładowo, trichoskopia umożliwiła obserwację, że w łysieniu androgenowym poza miniaturyzacją mieszków włosowych skutkującą zwiększonym odsetkiem włosów meszkowych i heterogenicznością grubości łodygi, najistotniejszym parametrem jest faza kenogenu (faza, w której mieszek włosowy przez dłuższy czas nie produkuje łodygi). Jeżeli duża liczba mieszków znajduje się w tej fazie, w trichoskopii obserwowane są żółte kropki oraz redukcja odsetka jednostek włosowych z trzema łodygami na korzyść jednostek włosowych z jedną łodygą. Udowodniona została koncepcja, że skuteczne leczenie powoduje przejście mieszków włosowych będących w fazie kenogenu do fazy anagenu. W trichoskopii jest to obserwowane jako redukcja liczby żółtych kropek i zmniejszenie odsetka jednostek włosowych z jedną łodygą. Model dystroficzny łysienia plackowatego to nagle zahamowanie podziałów komórkowych w mieszkach włosów anagenowych. Mieszek przestaje produkować łodygę włosa, dochodzi do jej ułamania na powierzchni skóry. Ten moment w trichoskopii jest obserwowany jako włosy wykrzyknikowe. Jeżeli nie doszło do zatrzymania podziałów komórkowych a jedynie do czasowego ich znamienego zmniejszenia, obserwowane są włosy zwężone lub zwężenia Pohl-Pinkusa. Wszystkie wyżej wymienione włosy mają tendencję w miejscach zwężeń do ułamania się, co obserwujemy w trichoskopii jako czarne kropki. Stąd wszystkie wyżej wymienione objawy są uważane za objawy aktywności łysienia plackowatego. Podobnie można „przetłumaczyć” obserwowane

objawy trichoskopowe na procesy patogenetyczne w przebiegu łyszenia płaskiego mieszkowego, tocznia rumieniowatego ogniskowego oraz wyłysiającego zapalenia mieszków włosowych.

#### TRIKI W TRICHOSKOPII TRICKS IN TRICHOSCOPY

Piotr Szlązak

Dermedica Gdańsk

Trichoskopia jest pomocnym badaniem ułatwiającym ocenę różnych chorób włosów. W praktyce lekarze posługują się wideotrichoskopami z możliwością wykorzystywania różnych powiększeń oraz dermoskopów czy kamer komputerowych ze stałym powiększeniem. Niezależnie od wybranego urządzenia w trichoskopii ocenia się łodygi włosów, struktury wokółmieszkowe jak i skórę między mieszkami włosowymi. Aby w pełni wykorzystać możliwości badania niezbędne jest poznanie różnic oceny włosów i powierzchni skóry w świetle spolaryzowanym jak i niespolaryzowanym, z wykorzystaniem płynów immersyjnych jak i bez immersji („na sucho”), oceniać obrazy statyczne jak i w ruchu. Niezbędne jest także uwzględnienie różnic w ocenie włosów skóry owłosionej głowy, brwi, rzęs, brody i innych części ciała. Przedstawione zostaną także przykłady artefaktów mogących utrudniać postawienie właściwego rozpoznania.

#### TRICHOSKOPOWA DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA ZMIAN KROSTKOWYCH W OBRĘBIE OWŁOSIONEJ SKÓRY GŁOWY TRICHOSCOPY IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF SCALP PUSTULAR LESIONS

Mariusz Sikora, Adriana Rakowska, Małgorzata Olszewska, Lidia Rudnicka

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Wstęp:** Zmiany krostkowe zlokalizowane w obrębie owłosionej skóry głowy mogą być związane z pierwotnymi chorobami zapalnymi dotyczącymi tej okolicy lub wynikać z wtórnego zajęcia skóry w przebiegu łuszczycy krostkowej lub ostrej uogólnionej osutki krostkowej (AGEP). Trichoskopia, jako szybka i nieinwazyjna metoda diagnostyczna, znalazła zastosowanie w diagnostyce różnicowej i monitorowaniu leczenia szeregu chorób zapalnych zajmujących owłosioną skórę głowy.

**Cel:** Celem pracy było ustalenie czy trichoskopia może pomóc we wstępnej diagnostyce chorób zapalnych przebiegających z wystąpieniem zmian krostkowych w obrębie owłosionej skóry głowy.

**Materiał i metodyka:** Analizie retrospektywnej poddano częstość występowania poszczególnych objawów trichoskopowych stwierdzonych u 20 pacjentów z potwierdzonym histopatologicznie rozpoznaniem jednej z następujących chorób: łuszczycy krostkowa, ostra uogólniona osutka krostkowa, nadżerkowe krostkowe zapalenie skóry głowy (*erosive pustular dermatosis of the scalp*) lub wyłysiające zapalenie mieszków włosowych (*folliculitis decalvans*).

**Wyniki:** Dla każdej z wymienionych chorób zapalnych zajmujących owłosioną skórę głowy i przebiegających ze zmianami krostkowymi wyróżniono charakterystyczne objawy trichoskopowe. W przebiegu łuszczycy krostkowej obserwowano obecność owalnych żółtych struktur otoczonych wąskim pasmem rumieniowym. Obraz zmian w ostrej uogólnionej osutki krostkowej zajmującej owłosioną skórę głowy charakteryzował się dużymi, poligonalnymi, białymi strukturami z żółtą kropką w części centralnej (objaw „jaja sadzonego”). Wśród najważniejszych cech nadżerkowego, krostkowego zapalenia skóry głowy należy wymienić obecność atrofii skóry oraz żółtych prostokątnych strupów. Wyłysiające zapalenie mieszków włosowych przebiegało najczęściej z obszarami łysienia bliznowaciejącego, zmianami ropnymi z dużymi kępkami włosów oraz mankietowatym złuszczeniem okolomieszkowym.

**Wnioski:** Trichoskopia wspomaga wczesną diagnostykę zmian krostkowych zlokalizowanych w obrębie owłosionej skóry głowy. Opisany nowy objaw „jaja sadzonego”, który jest charakterystyczny dla zajęcia skóry głowy w przebiegu ostrej uogólnionej osutki krostkowej.

### DERMOSKOPIA W NOWOTWORACH SKÓRY GŁOWY — MOJE NAJCIĘKAWSZE PRZYPADKI DERMOSCOPY IN SCALP NEOPLASMS — MY MOST INTERESTING CASES

Martyna Sławińska, Michał Sobjanek

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Choć nowotwory skóry skalpu stanowią 13% wszystkich nowotworów złośliwych skóry, lokalizacja ta jest często pomijana podczas rutynowej oceny dermatologicznej. Prócz heterogenicznego spektrum klinicznego, trudności diagnostyczne mogą sprawić odmienny przebieg kliniczny i obraz dermoskopowy w stosunku do wykwitów umiejscowionych w innych lokalizacjach anatomicznych. Podczas wykładu zostaną przedstawione wybrane, interesujące przypadki pacjentów z nowotworami skóry owłosionej głowy.

### MADAROZA W TRICHOSKOPII MADAROSIS IN TRICHOSCOPY

Anna Waśkiel-Burnat

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Madaroza — utrata brwi lub rzęs — stanowi objaw wielu chorób dermatologicznych i niedermatologicznych. Może być ona związana z chorobami włosów i skóry owłosionej głowy takimi jak łysienie plackowate,

łysienie czołowe bliznowaciejące, łysienie telogenowe czy trichotilomania. Utratę brwi i rzęs opisywano również w przebiegu chorób infekcyjnych (np. grzybica, trąd i kiła).

Trichoskopia, dermoskopia i wideodermoskopia włosów i skóry owłosionej głowy, jest nieinwazyjnym badaniem przydatnym w diagnostyce chorób włosów i skóry owłosionej głowy. Dotychczas opisano trichoskopowe objawy madarozy w przebiegu łysienia plackowatego, łysienia czołowego bliznowaciejącego, trichotilomanii, grzybicy oraz zespołu Nethertona.

Do charakterystycznych objawów łysienia plackowatego w obrębie brwi należą włosy wykrzyknikowe, włosy proksymalnie zwężone, włosy ułamane i czarne kropki. Włosy dystroficzne, białe obszary pozbawione ujść mieszków włosowych oraz wzrost brwi w różnych kierunkach stanowią charakterystyczne trichoskopowe objawy utraty brwi w przebiegu łysienia czołowego bliznowaciejącego. W grzybicy brwi, w badaniu trichoskopowym stwierdza się „włosy przecinki”, „włosy zygaki”, włosy ułamane oraz „włosy typu kod Morsa”. Natomiast utrata rzęs w przebiegu zespołu Nethertona charakteryzuje się obecnością „włosów bambusowatych” oraz „włosów typu kij golfowy”. W trichotilomanii rzęs obserwuje się włosy ułamane, „włosy płomień” i czarne kropki. Należy podkreślić, że czarne kropki oraz włosy ułamane w obrębie brwi stwierdza się również u osób po depilacji kosmetycznej. Objawów tych nie można zatem uznać za patognomiczne dla żadnej choroby.

Podsumowując, trichoskopia jest badaniem przydatnym w diagnostyce madarozy.

Dalsze badania mające na celu ustalenie charakterystycznych objawów trichoskopowych innych przyczyn utraty brwi i rzęs są wskazane.

## SOBOTA, 16 MARCA 2019 ROKU

# SESJA IV. INTERAKCJE I NOWE HORYZONTY W DIAGNOSTYCE OBRAZOWEJ W DERMATOONKOLOGII — *COGITO, ERGO SUM*

godz. 9.00–11.30

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Barbara Zegarska, prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski, prof. dr hab. n. med. Adam Reich, dr n. med. Monika Słowińska

### STRUKTURY DERMOSKOPOWE W CZERNIAKACH, RAKACH I CHŁONIAKACH SKÓRY DERMOSCOPIIC STRUCTURES IN MELANOMA, SKIN CANCER AND LYMPHOMA

Grażyna Kamińska-Winciorek

Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

**Wstęp:** Dermoskopia stanowi uznaną od wielu lat metodę wczesnego wykrywania nowotworów skóry charakteryzującą się wysoką czułością i swoistością. W obecnej chwili doświadczony lekarz jest w stanie szybko i trafnie wstępnie rozpoznać nowotwór złośliwy skóry, który w wybranych sytuacjach klinicznych pozostaje niezauważalny w badaniu okiem nieuzbrojonym ze względu na swoją barwę lub wymiary.

**Materiał i metodyka:** Celem pracy jest omówienie najczęściej występujących struktur dermoskopowych opisywanych w czerniaku, raku i chłoniaku skóry na podstawie doświadczeń własnych popartych materiałem ikonograficznym oraz opublikowanych prac naukowych dostępnych w bazie PubMed.

**Wyniki:** Aktualnie znajomość cech dermoskopowych czerniaków *in situ*, czerniaków o średnicy poniżej 5 mm nazywanych ze względu na ich średnicę *micromelanoma*, pozwala na szybkie i trafne wykrycie czerniaka we wczesnej fazie, ratując zdrowie i życie chorego. Do cech dermoskopowych charakterystycznych dla czerniaków *in situ* zalicza się wzorzec siateczkowaty szaro-błękitny, wieloskładnikowy, z objawem wyspy, o cechach spitzoidalnych, z odwróconą siatką, o wzorcu siatki z niebieskimi ciałkami czy też typu ciałek. Do klasycznych cech czerniaków zalicza się obecność atypowej siatki barwnikowej, nieregularnych ciałek i ziarnistości, smugi, odwróconą

siatkę barwnikową, nieregularne pola bezzstrukturalne, lśniące struktury krystaliczne, białoniebieskie zamglenie, struktury regresji: szaroniebieskie ziarnistości i depigmentację bliznopodobną oraz nieregularne naczynia. Dermoskopia stanowi ponadto doskonałe narzędzie diagnostyczne wczesnego rozpoznawania raków podstawnokomórkowych (BCC) — nie tylko jego odmian barwnikowych, ale również tych, które są niewidoczne w badaniu okiem nieuzbrojonym, w odmianie powierzchniowej, a także zmian o średnicy poniżej 5 mm — nazywanych analogicznie ze względu na małą średnicę *microBCC*. Do klasycznych cech raków podstawnokomórkowych zalicza się obecność naczyń drzewkowatych, nadzerek i owrzodzeń, struktur palczastych przypominających liście klonu oraz barwnikowych typu koła ze szprychami, szaroniebieskich gniazd owalnych oraz ziarnistości i ciałek. Wśród pozostałych cech dermoskopowych BCC tzw. nie-klasycznych wymienia się występowanie cienkich teleangiektazji, licznych nadzerek, struktur typu pasm krystalicznych oraz licznych ciałek i kropek przypominających złogi barwnika. Dermoskopia umożliwia również kliniczno-dermoskopowe wstępne rozpoznanie i odróżnienie raków kolczystokomórkowych powstających w ogniskach rogowacenia słonecznego, co bardzo często pozwala na uniknięcie popełnienia błędów w wyborze metody leczenia. Cechy dermoskopowe charakterystyczne dla raka kolczystokomórkowego o wysokim lub umiarkowanym zróżnicowaniu wykazują obecność tzw. białych struktur: mas keratynowych, białych kół, białych otoczek i bezzstrukturalnych białych obszarów.

Dermoskopia może stanowić także przydatne narzędzie diagnostyczne we wczesnym rozpoznawaniu ziarniniaka grzybiastego, w którym dermoskopowo opisuje się obecność krótkich naczyń linijnych oraz struktur naczyniowych plemnikopodobnych zlokalizowanych w obrębie plamistych obszarów bezzstrukturalnych o łososiowym zabarwieniu.

**Wnioski:** Dermoskopia stanowi doskonałe narzędzie wstępnego rozpoznawania nowotworów złośliwych skóry, zawsze wymagające jednak ostatecznej weryfikacji histopatologicznej.

### GRANICA ROZPOZNAWANIA DERMOSKOPOWEGO CZERNIAKA — OGRANICZENIA I SYMULATORY CZERNIAKA THE LIMITS OF MELANOMA DERMOSCOPY — MELANOMA SIMULATORS AND DIAGNOSTIC FRONTIERS

Monika Słowińska

Klinika Dermatologiczna WIM CSK MON w Warszawie

**Wstęp:** Dotychczasowe parametry wiarygodności diagnostycznej algorytmów dermoskopowych pod względem ich swoistości, a w mniejszym stopniu czułości, nigdy nie osiągnęły wartości maksymalnych. Niezależnie jednak od tego faktu dermoskopia stanowi znakomite narzędzie w badaniach przesiewowych, gdyż znacznie przewyższa analogiczne wartości trafności diagnostycznej badania klinicznego, a co również istotne — jest szybka, nieinwazyjna i tania.

**Cel:** Celem pracy było przedstawienie przyczyn ograniczeń dermoskopii w diagnostyce czerniaka wraz z przedstawieniem przypadków symulatorów czerniaka w oparciu o dane literaturowe i doświadczenia własne.

**Materiał i metodyka:** Przegląd piśmiennictwa bazy danych PubMed oraz własnej bazy danych Fotofinder.

**Wyniki:** Wśród głównych przyczyn ograniczeń diagnostycznych czerniaka należy wymienić: niewielkie rozmiary zmiany skórnej, obecność strupa/krwawienia/hyperkeratozy na powierzchni zmiany skórnej, komponentę bezbarwnikową/hypomelanotyczną, lokalizację zmiany, duże uszkodzenie posłoneczne skóry, fototyp I i IV, parametry techniczne dermoskopu, nietypową morfologię zmiany skórnej, trudne warunki badania, nieprawidłowe przeprowadzenie badania. Na podstawie analizy dotychczasowych publikacji (w ilości 41 na podstawie bazy PubMed) traktujących o symulatorach czerniaka, wyróżniono ich dwie grupy — łagodna i złośliwa. W pierwszej znalazły się: znamiona barwnikowe (z szczególnym uwzględnieniem znamion Spitz/Reed), zmiany naczyniowe (naczyniaki, naczyniaki rogowaciejące, ziarniniak naczyniowy, jeziorko żyłne), łagodne przydatkowiaki, włókniak twardy w odmianie hemocyderotycznej, brodawka łojotokowa i wirusowa, barwnikowa odmiana rogowacenia słonecznego, rogowacenie liszajowate, niektóre choroby zapalne skóry i tatuaż. Wśród symulatorów złośliwych znalazły się m.in.: raki skóry (szczególnie w odmianie barwnikowej), złośliwe przydatkowiaki, mięsak Kaposiego i przerzuty barwnikowe raków do skóry.

**Dyskusja:** Diagnostyka wielu niemelanocytowych zmian skórnych nie ma obecnie tak jasnych kryteriów rozpoznawania jak rak podstawokomórkowy, znamiona barwnikowe czy czerniaki. Jednocześnie każdy dermoskopista może nierzadko poczuć się zdziwiony rozpoznaniem histopatologicznym zmiany skórnej, którego nie spodziewał się otrzymać. Oczywiście jest, że potrzeba wysokiej jakości badań, które określiłyby na dużej grupie przypadków charakterystyczne struktury dermoskopowe w poszczególnych rozpoznaniach. Z drugiej jednak strony istnieje swego rodzaju granica biologiczna — określone składowe morfologii zmiany skórnej, manifestują się jako określone struktury dermoskopowe — stąd może wynikać podobieństwo między często odmiennymi patomorfologicznie zmianami. Należy również pamiętać, iż nowotwory o najwyższy wskaźnik mutagenności są najlepszymi przykładami symulatorów zarówno zmian łagodnych jak i złośliwych.

**Podsumowanie:** Dokładna znajomość dermoskopowej diagnostyki różnicowej czerniaka może stać się bardzo pomocna w codziennej praktyce dermatologicznej.

### JAK INTERPRETOWAĆ NIEJEDNOZNACZNE WYNIKI HISTOPATOLOGICZNE W DERMATOLOGII? HOW TO INTERPRET THE AMBIGUOUS HISTOPATHOLOGICAL RESULTS IN DERMATOLOGY?

Joanna Czuwara

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Rozwój dermoskopii i interpretacja obrazów dermoskopowych, która znalazła szerokie zastosowanie wśród klinicystów dermatologów i onkologów, istotnie przyczyniły się do wczesnego rozpoznawania raków

skóry i czerniaków. Złotym standardem ostatecznego rozpoznania pozostaje nadal obraz mikroskopowy zmiany. Co zrobić w sytuacji, kiedy raport patologiczny nie pokrywa się z podejrzeniem klinicznym zmiany? Podczas wykładu zostaną przedstawione zmiany barwnikowe na twarzy uszkodzonej słońcem, sprawiające duże trudności diagnostyczne, zarówno dermoskopowe jak i mikroskopowe. Jakim językiem porozumiewać się wzajemnie, jeżeli różnicowanie obejmuje *lentigo solaris*, lętnigalną proliferację atypowych melanocytów i *lentigo maligna*? Na jakim wiarygodnym parametrze oprzeć finalne rozpoznanie, mikroskopowym czy dermoskopowym? Dlaczego dobrze jest, jeżeli pacjent ze zmianą barwnikową oceniany jest klinicznie, dermoskopowo i mikroskopowo w jednym ośrodku przez współpracujący zespół lekarzy?

Kolejne duże zagadnienie obejmuje melanozę, znamiona i czerniaki macierzy paznokcia, w przypadku których miejsce biopsji i jej jakość przekłada się na interpretację obrazu mikroskopowego, a o rozpoznaniu decyduje doświadczenie patomorfologa.

Ciekawym i szerokim zagadnieniem są także zmiany imitujące obrazem dermoskopowym atypowe zmiany melanocytowe, zmiany różowe z atypowymi naczyńkami krwionośnymi i zmiany barwnikowe specjalnych lokalizacji tj. na sutkach, pośladkach czy okolicy anogenitalnej.

W podsumowaniu, obraz dermoskopowy decyduje o wycięciu zmiany. Doświadczenie konsultującego dermatopatologa decyduje o rozpoznaniu. Wzajemny dialog powinien być uzupełnieniem ostatecznego rozpoznania i postępowania terapeutycznego.

### CZERNIAK WYCIĘTY... — CZY TO JUŻ WSZYSTKO? MELANOMA EXCISED ... IS IT ALL?

Wojciech M. Wysocki

Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

Po zakończeniu etapu diagnostycznego (biopsja wycinająca, *excisional biopsy*) i uzyskaniu pełnego raportu patomorfologicznego z rozpoznaniem czerniaka rozpoczyna się kluczowy etap planowania leczenia. Właściwy raport patomorfologiczny z badania mikroskopowego zmiany pierwotnej powinien zawierać następujące informacje istotne z punktu widzenia decyzji terapeutycznych: pomiar grubości zmiany w mm (według Breslowa), ocenę obecności owrzodzenia, wartość indeksu mitotycznego, informację o typie czerniaka, ocenę stopnia słonecznego uszkodzenia skóry, opis ewentualnej regresji wraz z jej nasileniem, ocenę marginesów tkanek zdrowych. Na tej podstawie podejmowana jest decyzja o dwóch dalszych krokach diagnostycznych i leczniczych, tj. o konieczności poszerzenia marginesów wycięcia (tj. wycięcia bliźni) oraz wykonania lub odstąpienia od biopsji wartowniczego węzła chłonnego. W pierwszej sprawie algorytm postępowania jest od wielu dekad niezmienny: zalecana szerokość marginesów wycięcia zmiany pierwotnej wprost zależy do grubości czerniaka według Breslowa o wynosi odpowiednio 0,5 cm dla czerniaków *in situ*, 1 cm dla zmian o grubości do 2 mm i 2 cm dla zmian grubszych. W przypadku szczególnych lokalizacji anatomicznych (np. na twarzy) szerokość wycięcia może być mniejsza. W drugiej sprawie reguły kwalifikacji do biopsji wartowniczego węzła chłonnego zostały w ubiegłym roku zostały zaktualizowane przez *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) oraz *Society of Surgical Oncology* (SSO) i brzmią następująco: SNB rutynowo NIE jest zalecana w przypadku T1a (czerniak < 0,8 mm według Breslowa bez owrzodzenia); SNB można rozważyć (po dokładnym omówieniu z pacjentem potencjalnych korzyści i zagrożeń związanych z procedurą) w przypadku T1b (0,8–1,0 mm według Breslowa lub < 0,8 mm według Breslowa z owrzodzeniem); SNB jest zalecana w przypadku chorych T2 lub T3 (od 1,0 do 4,0 mm według Breslowa); SNB może być zalecana (po dokładnym omówieniu z pacjentem potencjalnych korzyści i zagrożeń związanych z procedurą) u chorych z czerniakami T4 (> 4,0 mm według Breslowa).

Dotychczasowy standard postępowania w następstwie stwierdzenia przerzutu w wartowniczym węźle chłonnym uległ niedawno zmianie (w następstwie wyników dwóch badań z randomizacją; DeCOG i MSTL-II). Obecnie w przypadku stwierdzenia niewielkiego przerzutu czerniaka w wartowniczym węźle chłonnym (ognisko przerzutowe o wielkości < 1 mm) — zamiast standardowej dotąd w takiej sytuacji uzupełniającej regionalnej limfadenektomii — można zaproponować chorem obarczonemu małym ryzykiem rozsiewu jedynie ścisłą obserwację kliniczną regionalnego spływu chłonnego z użyciem dobrej jakościowo oceny ultrasonograficznej. W przypadku jednak stwierdzenia

cech dużego ryzyku (szerzenie się nacieku czerniaka poza torebkę węzła, mikrosatelitoza wokół ogniska pierwotnego, > 3 zajętych węzłów wartowniczych, > 2 zajętych grup węzłowych, immunosupresja) uzupełniająca limfadenektomia pozostała korzystniejszą dla chorego opcją.

### LECZENIE ZAAWANSOWANEGO CZERNIAKA: IMMUNOTERAPIA CZY TERAPIA CELOWANA? TREATMENT OF ADVANCED MELANOMA: IMMUNOTHERAPY OR TARGETED THERAPY?

Piotr Rutkowski

Klinika Nowotworów Tkanki Miękkich, Kości i Czerniaków, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

W przypadku stwierdzenia obecności mutacji *BRAF* u chorego na przerzutowego czerniaka leczeniem ukierunkowanym molekularnie z wyboru jest skojarzenie inhibitora *BRAF* i *MEK* (dabrafenibu z trametinibem, wemurafenibu z kobimetinibem lub encorafenibu z binimetinibem) w pierwszej lub drugiej linii terapii lub immunoterapia przeciwciałami anti-PD-1 (niwolumabem lub pembrolizumabem) lub wdrożenie leczenia skojarzonego za pomocą przeciwciał anti-CTLA-4 i anti-PD-1 (przy uwzględnieniu większej toksyczności i kosztów tej kombinacji lekowej). Terapia przeciwciałami anti-PD-1 oraz leczenie skojarzone inhibitorami *BRAF* i *MEK* są zalecane zarówno przez rekomendacje polskie, europejskie (ESMO), jak i amerykańskie (NCCN) jako standardowa opcja terapeutyczna o potwierdzonej skuteczności w terapii zaawansowanych czerniaków. Odpowiedź objawowa przy stosowaniu anti-PD-1 jest stosunkowo szybka (występuje w ciągu około 9 tygodni), czyli szybciej niż dla ipilimumabu, ale wolniej niż dla leków ukierunkowanych molekularnie. Zarówno dla pembrolizumabu/niwolumabu, jak i terapii skojarzonej inhibitora *BRAF* i *MEK*, w grupie chorych na przerzutowe czerniaki z obecnością mutacji *BRAF*, mediana OS z badań klinicznych przekracza obecnie 2 lata (czyli około 4 razy dłużej niż przed 5 laty). Nie jest ostatecznie wiadomo, czy należy rozpoczynać w tej grupie leczenie od immunoterapii czy od leków ukierunkowanych molekularnie, stąd konieczność pozostawienia możliwości decyzji dla zespołu leczącego. Bez wątpliwa aktywność leczenia ukierunkowanego molekularnie inhibitorami *BRAF* + *MEK* jest zachowana po immunoterapii. W ramach obowiązujących w Polsce programów lekowych istnieje obecnie możliwość wyboru pierwszej linii terapii u chorych z obecnością mutacji *BRAF* — rozpoczynać można leczenie do immunoterapii lub leczenia inhibitorami *BRAF* + *MEK* i w przypadku ewentualnej progresji zastosować leczenie alternatywne. Ponieważ inhibitory *BRAF* (+ inhibitory *MEK*) u chorych na zaawansowane czerniaki z mutacją *BRAF* powodują szybką odpowiedź i kontrolę nowotworu u większości chorych, przy ograniczonym czasie trwania odpowiedzi związanym z aktywacją mechanizmów oporności, leki te zawsze powinno się rozważać jako postępowanie z wyboru u chorych z objawami choroby i/lub dużą masą nowotworu. Z kolei w przypadku czerniaków o dłuższym okresie progresji choroby (*slow progressors*) należy rozważyć leczenie za pomocą immunoterapii w pierwszej linii. Co interesujące, również w przypadku leczenia skojarzonego anti-PD-1 z anti-CTLA-4 lepsze wyniki uzyskuje się dla leczenia skojarzonego w porównaniu z monoterapią anti-PD-1 przy obecności mutacji *BRAF*. W czerniakach o złych czynnikach rokowniczych (jak zwiększona aktywność LDH, przerzuty do ośrodkowego układu nerwowego) i z obecnością mutacji *BRAF* być może w najbliższym czasie rozwiązaniem będzie skojarzenie immunoterapii anti-PD-1/anti-PD-L1 z inhibitorami *BRAF* + *MEK*, gdyż badania nad taką terapią potrójną się obecnie toczą.

### DIAGNOSTYKA PACJENTÓW Z ZAAWANSOWANYM RAKIEM PODSTAWNOKOMÓRKOWYM — IMPLIKACJE TERAPEUTYCZNE DIAGNOSING PATIENTS WITH ADVANCED BASAL CELL CARCINOMA — THERAPEUTIC IMPLICATIONS

Witold Owczarek

Klinika Dermatologiczna CSK MON, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

Wczesne rozpoznanie nowotworu skóry, w tym raka podstawnokomórkowego ma istotne znaczenie w całym procesie leczenia, jak również ostatecznym wyniku terapii. Typ histopatologiczny nowotworu oraz stopień zaawansowania, wraz z oceną stanu pacjenta, mają decydujące znaczenie przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Celem prowadzonej diagnostyki jest wykrycie raka podstawnokomórkowego w jak najwcześniejszym stopniu rozwoju, jednak należy zwrócić uwagę, że stopień zaawansowania nowotworu u zgłaszających się pacjentów jest bardzo różny. Wstępna ocena kliniczna wykonana w trakcie badania przedmiotowego, może ulegać zmianie po wykonaniu badań obrazowych m.in. tomografii komputerowej i wpływać istotnie na zmianę decyzji terapeutycznej. Zwraca się również uwagę na możliwość zmiany typu histologicznego nowotworu w czasie progresji lub w trakcie trwania terapii. Kontrola histologiczna oraz badania obrazowe ułatwiają w tym momencie zmianę leczenia. W pracy przedstawiono przypadki kliniczne obrazujące wpływ badań dodatkowych, w tym obrazowych na decyzję terapeutyczne.

### JAKIE BADAŃIA OBRAZOWE MOGĄ WSPOMÓC DIAGNOSTYKĘ CHŁONIAKÓW SKÓRY? WHAT IMAGING TESTS MAY BE USEFUL IN DIAGNOSING CUTANEOUS LYMPHOMAS?

Małgorzata Sokołowska-Wojdyło

Katedra i Klinika Dermatologii, wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Gdańsk

Zasadność wykonywania badań obrazowych u pacjentów z chłoniakami pierwotnymi skóry nie ulega wątpliwości. Prawdą oczywistą jest wykonanie USG węzłów chłonnych gdy badanie fizykalne wykaże limfadenopatię obwodową, czy też tomografii komputerowej od głowy po miednicę w przypadkach podejrzenia narządowej progresji choroby lub gdy musimy różnicować pochodzenie chłoniaka anaplastycznego T-komórkowego (pierwotny skóry czy też nie). Dotychczas zalecano odstępowanie od badań obrazowych we wczesnym *Mycosis fungoides* (MF) — czy słusznie? W oparciu o obserwacje własne, dr I. Błażewicz oraz dostępną literaturę autor stwierdza, że MF (a nie tylko, jak uważano dawniej *Lymphomatoid papulosus*) może współistnieć z innym nowotworami (opisano wyższą częstość poszczególnych typów nowotworu w populacji MF w porównaniu do populacji ogólnej — np. ziarnicy złośliwej, czerniaka czy nowotworów płuc). Te współistniejące nowotwory bywają diagnozowane krótko po rozpoznaniu MF, a więc zasadność badań obrazowych staje się oczywista także we wczesnym stadium chłoniaka pierwotnego skóry. Innym problemem jest zastosowanie w diagnostyce lub ocenie aktywności chłoniaka skóry metod nie uznanych w tej dziedzinie za rutynowe tj. USG skóry, mikroskopia konfokalna (określana mianem wirtualnej biopsji) czy dermoskopia. Autor wystąpienia odniesie się także do tych zagadnień przedstawiając dostępne dane literaturowe — m.in. postara się odpowiedzieć na pytania:

- czy USG wysokiej rozdzielczości może być równie pomocne w chłoniakach pierwotnych skóry jak w BCC, w których pozwala na różnicowanie nabłoniaków o wysokim i niskim ryzyku, czy też na stwierdzenie rezydualnego nacieku pozostałego po wycięciu powierzchownych BCC
- czy zasadne jest wykorzystanie mikroskopii konfokalnej w diagnostyce lub ocenie skuteczności leczenia chłoniaków skóry
- czy dermoskopia może stać się podstawowym narzędziem w rękach dermatologa w kontekście opieki nad pacjentami z chłoniakami skóry.



# SESJA V. DIAGNOSTYKA OBRAZOWA W DERMATOLOGII OGÓLNEJ — *BENE DIGNOSCITUR, BENE CURATUR*

godz. 12.00–13.25

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Iwona Flisiak, prof. dr hab. n. med. Romuald Maleszka, dr hab. n. med. Aneta Szczerkowska-Dobosz, dr hab. n. med. Adriana Rakowska

## DIAGNOSTYKA OBRAZOWA W WYBRANYCH CHOROBYCH BŁON ŚLUZOWYCH

Małgorzata Olszewska, Agnieszka Szykut-Badaczewska, Marek Opala

Diagnostyka obrazowa zmian w obrębie błon śluzowych zarówno jamy ustnej, jak i narządów płciowych jest istotnym i jednocześnie trudnym wyzwaniem w codziennej praktyce. Błony śluzowe są często pierwszą lub jedyną lokalizacją wielu schorzeń dermatologicznych. W literaturze istnieją jedynie nieliczne publikacje dotyczące badań dermoskopowych zmian śluzówkowych. Możliwość oceny zmian w tych lokalizacjach jest ograniczona z powodu technicznych. Badanie dermoskopowe jest nie tylko istotne diagnostycznie, lecz także może być wykorzystywane do oceny efektów leczenia. Dermoskopia może być również przydatnym narzędziem służącym do wyboru najbardziej reprezentatywnego miejsca pobrania wycinka do badania histopatologicznego. Liszaj płaski jest schorzeniem zajmującym błony śluzowe jamy ustnej i narządów płciowych. W obrazie dermoskopowym jamy ustnej opisuje się charakterystyczny obraz brodawek języka (*blunting papillae*), różne typy naczyń krwionośnych oraz białe bezstrukturalne ogniska lub typową siatkę Wickhama. Diagnostyka różnicowa dotyczy liszaja twardzinowego, szczególnie w przypadku zmian w obrębie narządów płciowych, typowej lokalizacji dla obu jednostek chorobowych. Istnieją również nieliczne opisy występowania liszaja twardzinowego w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. W obrazie dermoskopowym błony śluzowej języka w tej jednostce chorobowej opisano białe homogenne obszary z atrofią brodawek. Toczeń rumieniowaty błon śluzowych jest kolejną jednostką chorobową mogącą stanowić wyzwanie diagnostyczne. W obrazie klinicznym tocznia obecne są nie tylko owrzodzenia, ale również zmiany *LP-like*, okrągłe i linijne złeczenia. W obrazie dermoskopowym widoczne są m.in. białe bezstrukturalne obszary i naczynia o charakterystycznym układzie (*storiform pattern*). Metody wizualizacji błon śluzowych są obecnie we wczesnej fazie dynamicznego rozwoju.

## ZASTOSOWANIE KAPILAROSKOPII W DIAGNOSTYCE CHORÓB TKANKI ŁĄCZNEJ I NIE TYLKO *THE USE OF CAPILLAROSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF CONNECTIVE TISSUE DISEASES AND MORE*

Dorota Krasowska, Małgorzata Michalska-Jakubus

Katedra i Klinika Dermatologii Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej UM w Lublinie

Kapilaroskopia jest to przyżyciowe obrazowanie naczyń mikrokrążenia, w którym ocenia się kształt, wielkość oraz liczbę naczyń, a także dodatkowe cechy ich uszkodzenia i charakter podścieliska. Najczęściej wykonuje się kapilaroskopię naczyń wału paznokciowego, gdzie naczynia ułożone są równolegle do powierzchni skóry. Badanie to jest powtarzalne i w zależności od stosowanego sprzętu może być archiwizowane i służyć do monitorowania zmian zachodzących w mikrokrążeniu. Celem pracy było omówienie zastosowania kapilaroskopii w różnicowaniu objawu Raynauda, diagnozowaniu i monitorowaniu chorych na twardzinę układową i inne choroby tkanki łącznej m.in. mieszaną chorobę tkanki łącznej, zapalenie skórno-mięśniowe, układowy toczень rumieniowaty, ze szczególnym uwzględnieniem zespołu antyfosfolipidowego. W pracy przedstawiono charakterystyczne cechy badania kapilaroskopowego dla wyżej wymienionych jednostek chorobowych. Ciekawym wskazaniem do wykonania badania kapilaroskopowego mogą być różne zapalne choroby skóry m.in. łuszczycyca, łojotokowe zapalenie skóry, wyprysk alergiczny, gdzie badanie to obrazując naczynia mikrokrążenia może okazać się niezmiernie przydatne do różnicowania. W ostatnim cza-

nie pojawiło się wiele prac, w których autorzy poszukują ciągle nowych wskazań do zastosowania kapilaroskopii.

## OCENA ULTRASONOGRAFICZNA SKÓRY — DLA KOGO I KIEDY? *ULTRASOUND ASSESSMENT OF THE SKIN — FOR WHOM AND WHEN?*

Anna Lis-Święty

Katedra i Klinika Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Ultrasonografia (USG) jest nieinwazyjną i bezpieczną metodą obrazowania narządów człowieka, znajdującą szerokie zastosowanie w medycynie. Dermatologia pozostaje jednak specjalnością, w której mimo postępu w rozwoju technologii cyfrowych i dostępności USG wysokich częstotliwości 20–100 MHz, wskazania do wykorzystania tej metody są ograniczone. Obejmują głównie ocenę łagodnych i złośliwych zmian nowotworowych, w tym nieczerniakowych raków skóry oraz czerniaka. Chociaż zmiany skórne są łatwo dostępne badaniu wzrokiem, dotykkiem oraz przy pomocy dermoskopii, co jest zwykle wystarczające do podjęcia decyzji o leczeniu, USG dostarcza informacji o grubości nacieku nowotworowego i pozwala na lepsze zaplanowanie zabiegu chirurgicznego, kriochirurgicznego, laserowego, czy terapii fotodynamicznej. Do innych wskazań należą: malformacje naczyniowe, choroby zapalne skóry, twardzina i zmiany twardzinopodobne, zabiegi kosmetyki i medycyny estetycznej oraz schorzenia aparatu paznokciowego. USG jest pomocne do oceny stanu skóry przed rozpoczęciem terapii, do monitorowania przebiegu leczenia oraz końcowej oceny jego skuteczności. Poza pomiarem grubości echa od naskórka, grubości skóry właściwej, grubości podnaskórkowego bezechowego pasma tzw. SLEB (*subepidermal low echogenic band*), użytecznym parametrem ultrasonograficznym jest wartość echogeniczności skóry właściwej. Hipoechogeniczność obrazu jest charakterystyczna zwykle dla obszarów o zwiększonym ukrwieniu i większej zawartości wody, natomiast hiperechogeniczność cechuje twarde i zbite struktury, takie jak włókna kolagenu, zwapnienia. Dzięki USG wysokich częstotliwości możliwe jest uzyskanie obrazów o lepszej rozdzielczości, natomiast ograniczeniem jest mniejszy zasięg obrazowania w głąb tkanek. W chorobach dotyczących tkanek położonych poniżej skóry właściwej konieczne jest wykonanie USG klasycznej. W ocenie naczyń biegnących w skórze właściwej i tkance podskórnej przydatne jest wykorzystanie USG dopplerowskiej. W porównaniu do nowszych technik — optycznej tomografii koherencyjnej czy mikroskopii konfokalnej — obrazowanie skóry przy użyciu USG pozostaje metodą tańszą, łatwiej dostępną, prostszą i zajmującą mniej czasu.

## INFLAMOSKOPIA JAKO NIEINWAZYJNA METODA DIAGNOSTYKI DERMATOZ ZAPALNYCH *INFLAMMOSCOPY AS A NON-INVASIVE DIAGNOSTIC TECHNIQUE IN THE DIAGNOSIS OF INFLAMMATORY DERMATOSES*

Elżbieta Kowalska-Oleđzka<sup>1,2</sup>, Irena Walecka<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinika Dermatologii CMKP/CSK MSWiA w Warszawie

<sup>2</sup> Centrum Medyczne Evimed

**Wstęp:** Dermoskopia poza tradycyjnym zastosowaniem w dermatologii i diagnostyce chorób włosów coraz częściej staje się użytecznym, dostępnym narzędziem wykorzystywanym do diagnostyki w dermatologii ogólnej. Dzięki wykorzystaniu tej techniki w codziennej praktyce w przypadkach o niejasnym obrazie klinicznym możliwe staje

się różnicowanie chorób zapalnych, naczyniowych, ziarniniakowych, autoimmunologicznych, infekcyjnych na podstawie obrazu dermoskopowego. Celem pracy jest przedstawienie: 1. swoistych obrazów dermoskopowych najczęstszych dermatoz w oparciu o analizę następujących struktur morfologicznych: a) typów naczyń, b) układu i aranżacji struktur naczyniowych, c) koloru i dystrybucji łuski, d) koloru tła, e) objawów mieszkowych i okołomieszkowych oraz f) obecności patognomicznych dla danej jednostki chorobowej struktur morfologicznych 2. nieswoistych wzorów /obrazów „bliźniaczych” dermatoz zapalnych oraz 3. możliwości monitorowania terapii

**Materiał i metodyka:** Retrospektywna analiza obrazów dermoskopowych 1280 pacjentów Kliniki Dermatologii CMKP/CSK MSWiA w Warszawie oraz Centrum Medycznego Evimed konsultowanych w latach 2015–2018 z wykorzystaniem dermoskopu DermLite DL3 i wideodermoskopu Fotofinder Germany w powiększeniach 10–70-krotnych.

**Wnioski:** Dermoskopia jest szybką, nieinwazyjną metodą ułatwiającą diagnostykę różnicową dermatoz, jednakże obrazy dermoskopowe powinny zawsze być interpretowane w kontekście klinicznym z uwzględnieniem wywiadu, a w szczególnych przypadkach weryfikowane badaniami histopatologicznymi.

### TRICHOSKOPIA A TERAPIA — OD DIAGNOZY DO LECZENIA WYBRANYCH SCHORZEŃ SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY FROM TRICHOSCOPY TO THERAPY

Adriana Rakowska

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Trichoskopia, czyli dermoskopia włosów i skóry owłosionej głowy to metoda, która przede wszystkim jest obecnie złotym standardem dia-

gnostyki łysienia. Pozwala również na ocenę zaawansowania czy też aktywności choroby, co skutkuje bardziej odpowiednim doбором terapii i umożliwia monitorowanie jej efektów. W łysieniu androgenowym efekt terapeutyczny może być uwidoczony kilka miesięcy wcześniej, niż jest on zauważony klinicznie. Poprawa grubości włosów, zwiększenie odsetka jednostek włosowych z trzema łodygami, zmniejszenie odsetka jednostek włosowych z jedną łodygą oraz zmniejszenie liczby żółtych kropek to objawy świadczące o sukcesie terapeutycznym. Polskie Towarzystwo Dermatologiczne zaleca wykonywanie trichoskopii co 6 miesięcy. Z drugiej strony trichoskopia pozwala na bardziej spersonalizowane leczenie. Przykładowo obecność przebarwień okołomieszkowych w okolicy androgenozależnej (świadczy o obecności nacieków limfocytarnych wokół mieszków włosowych) sugeruje konieczność wdrożenia przeciwzapalnego (kortykosteroidy miejscowe) w celu zwiększenia efektywności terapii. Objawy aktywności łysienia plackowatego to włosy wykrzyknikowe, a także czarne kropki i włosy ułamane. Objawem skutecznego leczenia jest ich redukcja i obecność włosów mieszkowych oraz odrastających. Trichoskopowa kontrola umożliwia ocenę czy leczenie jest skuteczne kilka tygodni po wdrożeniu leczenia i jego ewentualną zmianę wcześniej, niż na podstawie oceny klinicznej. W aktywnych ogniskach tocznia rumieniowatego ogniskowego trichoskopia uwidacznia czerwone kropki, rozlane brunatne przebarwienia naskórka i hiperkeratyczne czopy rogowe. W tym czasie podjęte leczenie skutkuje zwykle pełnym odrostem włosów. Dokonane łysienie bliznowaciejące w przebiegu tocznia rumieniowatego ogniskowego uwidacznia się w trichoskopii jako obszary pozbawione łodyg i pustych ujść mieszków, w miejscu których widoczny jest objaw „czerwonego pająka na żółtej kropce”. Inną jednostką chorobową skutkującą łysieniem bliznowaciejącym, której aktywność może być oceniona za pomocą trichoskopii jest liszaj płaski mieszkowy. Najważniejsze objawy trichoskopowe świadczące o aktywności choroby to złuszczenie okołomieszkowe i rumień okołomieszkowy. Na podstawie ich obecności lub jej braku można oszacowywać efektywność terapii.

## SESJA VI. YOU DERMOSCOPY — CARPE DIEM

godz. 13.30–14.00

Przewodniczący: dr hab. n. med. Magdalena Lange, dr hab. n. med. Irena Walecka, dr n. med. Beata Imko-Walczuk, prof. dr hab. n. med. Jerzy Wydmański; moderator: dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek

### DIAGNOSTYKA DERMOSKOPOWA W OPARCIU O MORFOLOGIĘ NACZYŃ DERMOSCOPIC DIAGNOSTICS BASED ON VASCULAR MORPHOLOGY

Grażyna Kamińska-Winciorek

Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

**Wstęp:** Diagnostyka dermoskopowa opiera się na analizie wzorca dermoskopowego, określeniu cech globalnych oraz lokalnych, jak i również stosowanych powszechnie algorytmów diagnostycznych szeroko opisywanych w literaturze naukowej.

Celem pracy jest schematyczne omówienie podstaw diagnostyki dermoskopowej w oparciu o morfologię i rozmieszczenie naczyń w zmianach melanocytarnych i niemelanocytarnych oraz wybranych dermatozach.

**Materiał i metodyka:** W pracy przedstawiono główne typy naczyń charakterystyczne dla zmian w zależności od ich łagodnego lub złośliwego charakteru.

**Wyniki:** Wśród najczęściej opisywanych typów naczyń wymienia się m.in. naczynia przecinkowate, typu szpilki do włosów, linijne nieregularne, kłębuszkowate lub drzewkowate. W analizie dermoskopowej bierze się pod uwagę nie tylko kształt naczyń, ale również ich liczbę oraz rozmieszczenie w ognisku. W teście pomocniczym stosuje się zasadę ucisku naczyń — w zmianach o charakterze złośliwym zazwyczaj nie ustępują one pod jego wpływem, a także obecność naczyń w zmianie sugerującej pochodzenie naczyniowe wskazując wówczas na jej złośliwy charakter.

**Wnioski:** Analiza wzorca naczyniowego w oparciu o morfologię i rozmieszczenie naczyń stanowi cenną i nieodzowną metodę kompleksowej diagnostyki dermoskopowej znajdującej zastosowanie przede wszystkim w ocenie zmian pozbawionych barwnika (amelanocytarnych) lub hipomelanocytarnych, jak i również w diagnostyce dermatoz, w tym zapalnych.



# SESJA VII. PODZIEL SIĘ, CZYLI SESJA NIEZWYKŁYCH PRZYPADKÓW DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ W DERMATOLOGII — *DIES DIEM DOCET*

godz. 15.20–17.20

Przewodniczący: dr hab. n. med. Agnieszka Żebrowska, dr hab. n. med. Magdalena Trzeciak, dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek

## REFLEKSYJNA KONFOKALNA MIKROSKOPIA SKANINGOWA W DIAGNOSTYCE ROGOWACENIA SŁONECZNEGO *REFLECTANCE CONFOCAL SCANNING MICROSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF ACTINIC KERATOSIS*

Olga Warszawik-Hendzel, Małgorzata Olszewska, Lidia Rudnicka

Rogowacenie słoneczne jest stanem przedrakowym poprzedzającym i sprzyjającym zachorowaniu na raki skóry. Obecnie rogowacenie słoneczne traktowane jest przez wielu ekspertów jako *carcinoma spinocellulare in situ*. Wzrastająca chorobowość dotycząca rogowacenia słonecznego i raków skóry oraz trudności diagnostyczne w ich wczesnym rozpoznaniu stały się powodem poszukiwań nowych metod diagnostycznych. Złotym standardem w diagnostyce rogowacenia słonecznego pozostaje nadal badanie histopatologiczne, jednak w ostatnich latach do jego wczesnego rozpoznawania wykorzystuje się nieinwazyjne metody dermatologicznego obrazowania skóry. Metodami tymi są m.in.: refleksyjna mikroskopia konfokalna oraz wideodermoskopia. Refleksyjna mikroskopia konfokalna pozwala na nieinwazyjną wizualizację tkanek w czasie rzeczywistym z prawie histopatologiczną rozdzielczością. Charakterystycznymi cechami rogowacenia słonecznego w obrazie w refleksyjnej mikroskopii konfokalnej jest przerwanie ciągłości warstwy rogowej naskórka oraz obserwowana na poziomie tej warstwy obecność łusek i wielokształtnych komórek zawierających jądra komórkowe (parakeratoza). Ponadto obserwuje się występowanie na poziomie warstw kolczystej i ziarnistej naskórka atypową strukturę plastra miodu i/lub całkowitą dezorganizację naskórka. W rogowaceniu słonecznym atypia komórek jest mniej nasilona, a dezorganizacja naskórka zlokalizowana ogniskowo w porównaniu z rakiem kolczystokomórkowym. Ponadto to istotnie częściej obserwuje się zatratę strukturę brodawek skórnych a w górnych warstwach skóry właściwej widoczne jest zwyrodnienie tkanki sprężystej (ang. *solar elastosis*) oraz zwiększona liczba poszerzonych naczyń krwionośnych. Podsumowując refleksyjna mikroskopia konfokalna jest przydatną metodą diagnostyczną we wczesnym wykrywaniu rogowacenia słonecznego, a szczególnie istotnymi diagnostycznie cechami są: zatarta struktura brodawek skórnych oraz współwystępowanie atypowego wzorca plastra miodu i całkowitej dezorganizacji struktury naskórka, obecność zatartej struktury brodawek skóry oraz zwyrodnienie tkanki sprężystej.

## REFLEKSYJNA KONFOKALNA MIKROSKOPIA SKANINGOWA — SZYBKA METODA DIAGNOSTYCZNA TRUDNYCH ZMIAN U DZIECI *REFLECTANCE CONFOCAL SCANNING MICROSCOPY — A QUICK DIAGNOSTIC METHOD FOR DIFFICULT LESIONS IN CHILDREN*

Alexander Witkowski

University of Modena and Reggio Emilia, Italy

Głównym celem regularnej kontroli zmian barwnikowych u dzieci jest detekcja zmian, które mogą wymagać usunięcia chirurgicznego. Wczesne wykrywanie nowotworów skóry może zostać znacznie poprawione dzięki zastosowaniu wirtualnej biopsji — refleksyjnej mikroskopii konfokalnej (RCM).

Na podstawie przedstawionych przypadków pokazano, iż refleksyjna mikroskopia konfokalna okazuje się pomocna w precyzyjnym diagnozowaniu niejednoznacznych zmian skórnych u dzieci (znamię wrodzone, znamię Spitz). Badanie histopatologiczne pozostaje nadal złotym standardem w diagnostyce nowotworów skóry, lecz rozpowszechnienie RCM z pewnością doprowadzi do ograniczenia wykonywania inwazyjnych i niepotrzebnych biopsji diagnostycznych,

otwierając jednocześnie wiele możliwości w zakresie obserwacji dynamiki zmian zachodzących w skórze.

## REFLEKSYJNA KONFOKALNA MIKROSKOPIA SKANINGOWA — KIEDY DERMOSKOPIA JUŻ NIE WYSTARCZA *REFLECTANCE CONFOCAL SCANNING MICROSCOPY — WHEN DERMOSCOPY IS NO LONGER ENOUGH*

Joanna Łudzik

Zakład Bioinformatyki i Telemedycyny, CMUJ Kraków

Nowotwory skóry to najczęściej występujące nowotwory w populacji światowej. Trudność codziennej klinicznej praktyki dermatologicznej polega na prawidłowej identyfikacji wszystkich złośliwych zmian nowotworowych przy jednoczesnym zminimalizowaniu liczby usunięć chirurgicznych zmian łagodnych. Czerniak w zaawansowanym stadium nadal pozostaje nieuleczalny, dlatego też wczesne wykrycie choroby ma istotne znaczenie dla pacjentów.

Dermoskopia to metoda oceny *in vivo* struktury w obrębie naskórka i skóry właściwej. Klasyczna dermoskopia wykorzystywana jest w różnicowaniu zmian melanocytowych i czerniaka, obecnie znajduje zastosowanie w diagnostyce chorób włosów, dermatoz zapalnych, infestacji ektopasożytniczych czy też ocenie mikrokrążenia (kapilaroskopia). Nowoczesna technologia obrazowania, jaką jest refleksyjna mikroskopia konfokalna (RCM), stosowana w codziennej praktyce przyczynia się do poprawy wczesnej diagnostyki nowotworów skóry. Badanie histopatologiczne nadal pozostaje złotym standardem w diagnostyce nowotworów skóry, lecz rozpowszechnienie RCM z pewnością doprowadzi do ograniczenia potrzeby wykonywania inwazyjnych i niepotrzebnych biopsji diagnostycznych.

Na podstawie przedstawionych przypadków — pokazano, iż refleksyjna mikroskopia konfokalna okazuje się pomocna w precyzyjnym diagnozowaniu, gdy obrazy dermoskopowe są niejednoznaczne. RCM pozwala na identyfikację proliferacji atypowych melanocytów, komórek pagetoidalnych w naskórku, czy też innych zmian na granicy skórno-naskórkowej typowych dla nowotworów.

## ULTRASONOGRAFIA W DIAGNOSTYCE NOWOTWORÓW SKÓRY *ULTRASONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF SKIN CANCER*

Małgorzata Maj<sup>1</sup>, Jerzy Litniewski<sup>2</sup>, Małgorzata Olszewska<sup>1</sup>, Lidia Rudnicka<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup> Zakład Ultradźwięków, Instytut Podstawowych Problemów Techniki, Polska Akademia Nauk, Warszawa

Według podziału histogenetycznego pierwotnych nowotworów skóry wyróżniamy cztery grupy: 1. rozrosty i nowotwory nabłonka wielowarstwowego płaskiego (naskórka) wywodzące się z komórek różnicujących się w kierunku komórek warstwy kolczystej i keratynocytów, 2. rozrosty i nowotwory z przydatków skóry (adnaksalne), 3. rozrosty i nowotwory melanocytarne, 4. guzy wywodzące się ze skóry właściwej oraz tkanki łącznej włóknistej, naczyń krwionośnych, mięśni przywłóśnych, nerwów. Wśród nowotworów skóry najczęściej diagnozowane są tak zwane nieczerniakowe nowotwory skóry (NMSC, *non-melanoma skin cancers*) i czerniak (*melanoma*).

Czerniak skóry jest nowotworem złośliwym wywodzącym się z melanocytów i stanowi 4–11% wszystkich nowotworów skóry, ale jest odpowiedzialny za większość zgonów związanych z nowotworami skóry.

Wcześniej zdiagnozowany może zostać w pełni wyleczony. Tradycyjna diagnostyka czerniaka obejmuje badanie przedmiotowe w tym: obraz kliniczny, dermoskopowy/wideodermoskopowy, refleksyjną mikroskopię konfokalną (RCM) oraz badanie histopatologiczne. W grupie NMSC wyróżniamy m.in. raka podstawonokomórkowego, raka kolczystokomórkowego, nowotwory wywodzące się z przydatków oraz inne rzadko występujące nowotwory skóry.

Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat wzrosło zainteresowanie zastosowaniem ultrasonografii (USG) w różnicowaniu łagodnych i złośliwych zmian skórnych. Ultradźwięki to nieinwazyjna technika obrazowania w czasie rzeczywistym polegająca na pomiarze odbić fal ultradźwiękowych od tkanek ciała. Przy niższych częstotliwościach można uwidocznić głębsze struktury ciała, takie jak narządy wewnętrzne, podczas gdy ultrasonografia o wysokiej częstotliwości (HFUS, *high frequency ultrasound*), czyli powyżej 20MHz ma znacznie mniejszą głębokość penetracji tkanki (przy częstotliwości 30 MHz, rozdzielczość wynosi 0,1 mm, a penetracja ultradźwięków ok. 7 mm), ale pozwala na obrazowanie tkanki o wyższej rozdzielczości i struktur położonych bliżej powierzchni skóry, tzn. w naskórku, skórze właściwej i tkance podskórnej. Celem zastosowania tej metody w dermatologii jest ocena echogeniczności, wielkości i głębokości naciekania, unaczynienia oraz korelacja z wynikiem badania histopatologicznego. Większość nowotworów skóry jest hipoechogeniczna i homogenna w USG. Rozległe nowotwory skóry są zwykle złożone ze struktur normoechogenicznych, hipoechogenicznych i anechogenicznych. Ocena ultrasonograficzna granicy nowotworu umożliwia ocenę jego inwazyjności, co jest pomocne w podjęciu dalszych decyzji diagnostycznych i terapeutycznych. W HFUS nieczerniakowe nowotwory skóry są zwykle dobrze odgraniczone od otoczenia i hipoechogenne podczas gdy bogate w tkankę łączną są hiperechogeniczne.

Najważniejsze kryteria ultrasonograficzne czerniaka o niedużym stopniu zaawansowania to: owalny lub wrzecionowaty kształt, wyraźne odgraniczenie od otoczenia, hipoechogeniczna, jednorodna struktura i hiperwaskularyzacja w ocenie metodą Dopplera, podczas gdy zaawansowany nowotwór ma zwykle kształt zaokrąglony i jest mniej wyraźnie odgraniczony od otoczenia.

Modyfikacją diagnostyki ultrasonograficznej jest ultrasonografia z elastografią pozwalająca na przeprowadzenie diagnostyki w oparciu o elastyczność skóry oraz oceniającą głębokość zmiany skórnej. Nowotwory złośliwe skóry są „sztywniejsze” niż łagodne zmiany skórne w elastografii, więc zastosowanie tej metody obrazowania może w niektórych przypadkach wyeliminować niepotrzebne biopsje łagodnych zmian skórnych, co według Eliota L. Siegela, wiceprezesa Kliniki Radiologicznej Uniwersytetu Medycznego Maryland (UMSM) w Baltimore, może poprawić skuteczność i trafność diagnostyki nowotworów skóry. Procedura jest nieinwazyjna, wygodna i niedroga.

Podsumowując, HFUS jest nieinwazyjną metodą obrazowania nowotworów skóry i chociaż ma ograniczoną wartość diagnostyczną w diagnostyce różnicowej czerniaka i nieczerniakowych nowotworów skóry, pozwala jednak na ocenę wielkości guza i głębokości naciekania oraz może zwiększyć skuteczność leczenia. Znajduje zastosowanie jako dodatkowa metoda w diagnostyce przedoperacyjnej, co w przyszłości może pozwolić na zmniejszenie liczby zabiegów chirurgicznych i doprowadzić do jednoczesowego wykonania usunięcia pierwotnego nowotworu i biopsji węzłów wartowniczych w przypadku czerniaka skóry. HFUS pozwala również na monitorowanie ewentualnej wznowy i przerzutów do skóry.

#### KORELACJA OBRAZU TERMOGRAFICZNEGO ZE ZMIANAMI MORFOLOGICZNYMI MIKROKRAŻENIA WAŁU PAZNOKCIOWEGO W TWARDZINIE UKŁADOWEJ CORRELATION OF THERMOGRAPHIC IMAGE WITH MORPHOLOGICAL CHANGES IN MICROVASCULARITY OF THE NAIL FOLD IN SYSTEMIC SCLEROSIS

Bartosz Miziołek, Anna Lis-Święty, Alina Skrzypek-Salamon, Liga Brzezińska-Wcisło

Katedra i Klinika Dermatologii SUM w Katowicach

**Wstęp:** Twardzina układowa (ang. *Systemic sclerosis*, SSc) jest chorobą autoimmunologiczną, która charakteryzuje się rozległym uszkodzeniem mikrokrążenia, postępującym włóknieniem skóry i narządów wewnętrznych. Jedną z pierwszych manifestacji uszkodzenia mikrokrążenia jest objaw Raynauda. Skurcz naczyń przyczynia się do upośledzenia ukrwie-

nia palców rąk, powodującego ich zblednięcie i zasinienie oraz towarzyszące temu ochłodzenie skóry. Uszkodzenie mikrokrążenia prowadzi do zaniku unaczynienia, przedłużenia fazy zasinienia oraz utrwalonego ochłodzenia palców rąk, a niejednokrotnie również do pojawienia się owrzodzeń w obrębie opuszek. Podstawową techniką obrazowania zmian w mikrokrążeniu, która pozwala na ocenę zaawansowania mikroangiopatii i ryzyka jej powikłań jest kapilaroskopia wału paznokciowego. Badanie kapilaroskopowe naczyń wszystkich palców jest jednak czasochłonne, a interpretacja obrazu pozostaje subiektywna. Obiecującą metodą diagnostyki stanu mikrokrążenia wydaje się być termografia.

**Cel:** Zbadanie korelacji pomiędzy pomiarami termograficznymi a gęstością pętli naczyń w kapilaroskopii wałów paznokciowych oraz ustalenie termograficznych wykładników wskazujących na wzrost ryzyka rozwoju owrzodzeń paliczek rąk.

**Materiał i metodyka:** Do badania zakwalifikowano 15 chorych na limited SSc w wieku 40–70 r.ż. (13 kobiet, 2 mężczyzn), u których czas trwania objawu Raynauda wynosił od 18 miesięcy do 25 lat, stwardnienia skóry palców rąk od 1 roku do 12 lat. U każdego pacjenta wykonano badanie termograficzne obu rąk kamerą FLIRT420 (FLIR Systems, Szwecja) oraz wideokapilaroskopię wałów paznokciowych wszystkich palców urządzeniem Dino-Lite MEDL4HMA. Dla każdego palca wyznaczono minimalną, maksymalną i średnią temperaturę obszaru wału paznokciowego, dokonano pomiaru liczby pętli naczyń wzdłuż linii środkowej wału paznokciowego oraz ustalono stopień zaawansowania mikroangiopatii według klasyfikacji Cutolo i wsp. (J Rheumatol 2000). Dla palców II–V obliczono wskaźnik ryzyka rozwoju owrzodzeń CSURI (Capillaroscopic skin ulcer risk index; Arthritis Rheum 2009). Celem określenia zależności statystycznej pomiędzy poszczególnymi zmiennymi wyznaczono współczynnik korelacji Spearmana oraz wykorzystano nieparametryczne testy U Manna-Whitneya oraz Kruskala-Wallisza z oceną *post-hoc* Dunn-Sidak.

**Wyniki:** W obrębie palców II–V stwierdzono od umiarkowanego do silnego stopnia dodatnią zależność średniej temperatury wału paznokciowego od zagęszczenia pętli kapilarnych ( $r = 0,35–65$ ), z korelacją stopnia silnego dla palca IV ( $r = 0,65$ ;  $p < 0,001$ ). Nie stwierdzono podobnej zależności dla kciuków ( $r = 0,194$ ;  $p = 0,304$ ). Średnia temperatura wałów paznokciowych była niższa u chorych z wzorcem kapilaroskopowym *late pattern* w porównaniu do osób z *early pattern*, zarówno w obrębie palców II–V jak i kciuków (odpowiednio  $p = 0,03$  i  $p = 0,036$ ). Średnia temperatura wałów paznokciowych pozostawała istotnie niższa dla palców z CSURI  $> 2,94$  ( $p = 0,036$ ). Ucieplenie skóry oraz zagęszczenie pętli naczyń w obrębie wałów paznokciowych palców II–V było istotnie niższe względem wartości pomiarowych w obrębie kciuków (odpowiednio,  $p = 0,0058$  i  $p = 0,048$ ).

**Wnioski:** Wpływ redukcji gęstości naczyń w obrazie kapilaroskopowym wałów paznokciowych na zmniejszenie ucieplenia tej okolicy oraz jego zależność od CSURI wskazuje na przydatność pomiarów termograficznych — średniej temperatury wału paznokciowego — przy ocenie ryzyka zagrożenia pojawienia się owrzodzeń paliczek rąk. Konieczne są dalsze badania nad ustaleniem wartości odcięcia (*cut off*) tego parametru.

#### ONYCHOSKOPIA W SKÓRNEJ CHOROBI PRZESZCZEP PRZECIWKO GOSPODARZOWI (GVHD) ONYCHOSCOPY IN CUTANEOUS GRAFT-VERSUS-HOST DISEASE (GVHD)

Anastazja Szlauer-Stefańska, Sebastian Giebel, Grażyna Kamińska-Winciorek

Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

**Wprowadzenie i cel badania:** Zmiany w obrębie aparatu paznokciowego są często spotykane u pacjentów po procedurze allogenicznego przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych (alloHSCT, *allogeneic hematopoietic stem cell transplantation*) i zazwyczaj związane są z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi (GVHD, *graft-versus-host disease*). Dotychczas w literaturze przedstawiono jedynie ich kliniczne manifestacje, bez prezentacji cech onchoskopowych. Celem pracy jest przedstawienie morfologicznych i dermoskopowych obrazów nieinfekcyjnych zmian paznokciowych występujących u pacjentów po alloHSCT, na podstawie przeglądu literatury oraz doświadczeń własnych.

**Opis materiału i metod:** Dokonano przeglądu literatury w bazie PubMed. Zdjęcia kliniczne i dermoskopowe płytek paznokciowych pacjentów leczonych w Klinice Transplantacji Szpiku i Onkohematologii

zostały wykonane i zarchiwizowane za pomocą DermLite Cam (3Gen, San Juan Capistrano, California, USA) w powiększeniu 10-krotnym, według protokołu komisji bioetycznej.

**Uzyskane wyniki oraz wnioski:** Zmiany w obrębie płytek paznokciowych występują u 20–60% pacjentów po alloHSCT. Manifestacje w obrębie aparatu paznokciowego należą do objawów wskazujących, nie wystarczających jednak do diagnozy przewlekłego GvHD. Często są wynikiem bliznowacenia macierzy i łożyska, przypominając zmiany opisywane w przebiegu chorób autoimmunologicznych. Niekiedy są także odzwierciedleniem stosowanego leczenia. Do zmian w obrębie płytki paznokciowej spotykanych w tej grupie pacjentów należą linie Beau, onychomadeza (spełzanie płytek paznokciowych), podłużne bruzdowanie i pęknięcia, nadmierna łamliwość i zespół kruchości, a także szorstkość paznokci. Zaburzenia w adhezji płytki paznokciowej do łożyska skutkują onycholizą, co predysponuje do zakażeń. Uszkodzenie macierzy paznokcia może prowadzić również do atrofii, a w skrajnej formie do anonychii. Do innych form dystrofii należą hiperkeratoza płytki paznokciowej oraz skrzydlik (*pterygium*). Spotykane są także zmiany zabarwienia takie jak leukonychia, brunatne przebarwienia czy zespół złotych paznokci. Zmiany w obrębie kapilar wału paznokciowego mogą występować zarówno w ostrej jak i przewlekłej postaci GvHD — w ostrej widoczne jako poszerzenie naczyń i punktowe krwotoki włóscinkowe, a w przewlekłej w formie przypominające zmiany obserwowane w twardzinie układowej.

W większości opublikowanych badań zmiany paznokciowe nie są związane z ciężkością innych objawów GvHD, jednakże istnieją dane wskazujące na związek obecności skrzydlika z dysfunkcją płucną (*bronchillitis obliterans*). Zajęte mogą być zarówno palce rąk i stóp, choć częściej opisywane są zmiany w obrębie palców rąk. Uszkodzenia płytek paznokciowych mogą być źródłem powikłań infekcyjnych i obniżyć jakość życia pacjentów. Częstość występowania zmian w obrębie aparatu paznokciowego może być niedoszacowana, gdyż pacjenci i lekarze prowadzący chorego skupiają się przede wszystkim na narządowych objawach przewlekłej GvHD. Zajęcie aparatu paznokciowego może pojawiać się wcześniej w przebiegu przewlekłej postaci GvHD i nigdy nie występuje jako objaw izolowany, dlatego jego rutynowa ocena kliniczna zawsze powinna być przeprowadzona z potencjalnym wykorzystaniem onychoskopii.

## NACZYNIAKOMIĘSAK — OPIS PRZYPADKU I PRZEGLĄD LITERATURY ANGIOSARCOMA — CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Klaudia Dopytalska, Piotr Sobolewski, Dagmara Filipiak, Irena Walecka  
Klinika Dermatologii CMKP/CSK MSWiA w Warszawie

**Wstęp:** Celem niniejszej pracy jest prezentacja rzadkiego przypadku naczyńniakomięsaka (*angiosarcoma*) skóry owłosionej głowy wraz z opisem jego dermoskopowych i histopatologicznych cech. Dokonano przeglądu literatury, podkreślając jednocześnie dostępne metody terapeutyczne w tej chorobie.

**Opis przypadku:** 75-letni pacjent zgłosił się z krwawiącym guzem okolicy skroniowej prawej oraz zmianami naciekowymi owłosionej skóry głowy. W badaniu dermoskopowym stwierdzono czerwono-fioletowe oraz biało-różowe obszary bezstrukturalne z obecnością białych linii, żółtych kropek oraz polimorficznych naczyń krwionośnych, co mogło sugerować rozpoznaniu *angiosarcoma*. Badanie histopatologiczne wycinków skóry potwierdziło rozpoznanie *angiosarcoma*. U pacjentki wykonano rezonans magnetyczny głowy wykluczając nacieki na struktury kości. Pacjenta skierowano do Instytutu Onkologii celem dalszego leczenia.

**Dyskusja:** Naczyńniakomięsak jest bardzo rzadkim, złośliwym nowotworem, stanowiącym jedynie 2% guzów pochodzących z tkanek miękkich. Wyróżnia się cztery podtypy kliniczne: 1) spontaniczny — głównie u starszych pacjentów rasy białej w zakresie skóry głowy i szyi ekspozowanej na działanie promieni słonecznych, znany również jako naczyńniakomięsak Wilson–Jones, 2) zespół Stewart–Treves — związany z przewlekłym obrzękiem limfatycznym, np. po limfadenektomii pachowej z powodu nowotworu złośliwego sutka, 3) naczyńniakomięsak wtórny do radioterapii z powodu innych nowotworów oraz ostatnio opisany 4) agresywny nabłonkowy. Obraz kliniczny postaci spontanicznej początkowo jest mało charakterystyczny — obecny jest nieznaczny obrzęk lub rumień, powiększający się w plamy barwy czerwonej lub fioletowej, w późniejszym okresie pojawiają się blaszki, guzki i owrzodzenia. W badaniu dermoskopowym stwierdza się

bezstrukturalne obszary czerwono-niebiesko-fioletowe w zmianach plamistych oraz obszary ciemnofioletowe z białymi liniami w zmianach guzkowych. Na obecnym etapie dermoskopia stanowi narzędzie pomocnicze w postawieniu prawidłowego rozpoznania, a złotym standardem w diagnostyce pozostaje badanie histopatologiczne. Dostępne metody leczenia *angiosarcoma* to usunięcie chirurgiczne, radioterapia i chemioterapia.

**Wnioski:** Rokowanie w naczyńniakomięsaku jest złe — średni czas przeżycia od rozpoznania wynosi 23 miesiące. Prawidłowe, wczesne rozpoznanie oraz terapia łączona pozwala wydłużyć czas przeżycia pacjenta.

## ZASKAKUJĄCE OBLICZA CZERNIAKA THE SURPRISING FACE OF MELANOMA

Iwona Czarnecka<sup>1</sup>, Elwira Paluchowska<sup>1</sup>, Szczepan Cierniak<sup>2</sup>, Monika Słowińska<sup>1</sup>, Witold Owczarek<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinika Dermatologiczna WIM CSK MON w Warszawie

<sup>2</sup> Zakład Patomorfologii WIM CSK MON w Warszawie

**Wstęp:** Dermoskopia wczesnych czerniaków charakteryzuje się niejednokrotnie mnogością patologicznych struktur, które nakierowują lekarza na właściwą diagnozę. Odmienne jednak przedstawia się problem diagnostyczny zaawansowanych, szybko rosnących guzkowych czerniaków, które wówczas stają się symulatorami nowotworów nie-melanocytowych skóry.

**Opis przypadków:** Przypadek 1. dotyczy 62-letniej kobiety, która zgłosiła się do kliniki z powodu szybko rosnącej różowej zmiany skórnej w obrębie przedramienia lewego. Dermoskopowo uwidoczniło dobrze odgraniczoną zmianę guzkową z owrzodzeniem i strupem surowiczokrwiwym z objawem nitki, a w obrębie bocznych ścian guza — naczynia polimorficzne z białymi lśniącymi pasmami i punktowymi objawami tęczy. Obraz nie był charakterystyczny dla określonej zmiany skórnej, ale wstępnie wysunięto podejrzenie raka kolczystokomórkowego lub *keratoacanthoma*. Zmiana została wycięta w całości, a badanie histopatologiczne wykazało obecność czerniaka guzkowego o 3 mm nacieku według skali Breslow pT3b pNx. Pacjentka została poddana dalszym procedurom diagnostycznym, terapeutycznym i okresowemu monitorowaniu dermoskopowemu adekwatnie do stopnia zaawansowania według AJCC z 2017 roku. Przypadek 2. dotyczy 57-letniej kobiety, która zgłosiła się do dermatologa w związku z pojawieniem się czerwono czarnej zmiany skórnej zlokalizowanej na wyprostnej powierzchni uda lewego, która pod wpływem niewielkiego urazu, bardzo łatwo krwawiła i pokrywała się nietrwałym miękkim strupem, co bardzo ograniczało możliwości wykonania badania. Dermoskopia pozwoliła na uwidocznienie jedynie fragmentów pozostałych tkanek, zawierających polimorficzne naczynia krwionośne wśród surowiczokrwiwych strupów. Z uwagi na krótki wywiad oraz kruchość tkanek zmiany skórnej, można było wysunąć podejrzenie ziarniniaka naczyniowego, jednak wynik histopatologiczny otrzymany po jej chirurgicznym wycięciu, przyniósł diagnozę zmiany melanocytowej o nieznanym potencjale nowotworzenia (MELTUMP). Pacjentka została poddana zabiegowi poszerzenia marginesów biopsji wycinającej oraz monitorowaniu dermoskopowemu w odstępach 6 miesięcznych.

**Dyskusja:** Czerniaki guzkowe stanowią 10–30% wszystkich rozpoznawanych czerniaków, ale odpowiadają za 37% zgonów. Około 50% czerniaków o grubości w skali Breslow ponad 2 mm jest czerniakami guzkowymi. 5,8% czerniaków guzkowych nie prezentuje w badaniu dermoskopowym cech chaosu sugerujących właściwe rozpoznanie. Wczesne czerniaki guzkowe mogą być wyzwaniem diagnostycznym, gdyż imitują zmiany łagodne tj. znamiona dermalne, znamiona Spitz, włókniaki twarde lub ziarniniaki naczyniowe. Z kolei późne czerniaki mogą imitować inne zaawansowane nowotwory, gdyż w 38% są bezbarwnikowymi guzami charakteryzującymi się polimorficznymi naczyniami i owrzodzeniem. Barwnikowe odmiany czerniaków guzkowych charakteryzują się współwystępowaniem koloru czarnego i niebieskiego, niebieskimi przymgleniami, licznymi kolorami, mlecznoróżowymi bezstrukturalnymi polami i polimorficznymi naczyniami. Rzadko jednak występuje sytuacja zobrazowana naszymi przypadkami — kiedy czerniak imituje rogowiaka kolczystokomórkowego lub zmianę pourazową.

**Wnioski:** Przypadki zmian skórnych o nietypowym, często zaskakującym obrazie klinicznym i dermoskopowym, krótkim wywiadzie chorobowym oraz obecności polimorficznych naczyń krwionośnych i owrzodzenia, powinny w pierwszej kolejności nasuwać podejrzenie czerniaka o wysokim potencjale proliferacyjnym, charakteryzującym się złym roko-



waniem w razie odroczenia diagnozy lub wdrożenie nieradykalnego leczenia zachowawczego.

### NOWOTWORY MELANOCYTARNE O NIEPEWNYM POTENCJALE ZŁOŚLIWOŚCI. KLINICZNA, DERMOSKOPOWA I HISTOPATOLOGICZNA CHARAKTERYSTYKA ZMIANY O TYPIE MELTUMP U 46-LETNIEGO PACJENTKA KLINIKI DERMATOLOGII UJCM

#### MELANOCYTIC TUMOURS WITH UNCERTAIN MALIGNANCY POTENTIAL. CLINICAL, DERMOSCOPIC AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF A MELTUMP IN A 46-YEAR-OLD FEMALE PATIENT AT THE DEPARTMENT OF DERMATOLOGY, UJCM

Karolina Englert, Paweł Brzewski, Magdalena Stec-Polak, Anna Wojas-Pelc  
Katedra i Klinika Dermatologii UJCM w Krakowie

**Wstęp:** Większość znamion melanocytarnych może być zakwalifikowana do kategorii łagodnej lub złośliwej na podstawie badania histopatologicznego. Istnieje jednak grupa zmian, których cechy histologiczne nie odpowiadają jednoznacznie jednej z powyższych kategorii, a ich potencjał biologiczny nie jest w pełni wyjaśniony. Zmiany te zostały zdefiniowane jako: SAMPUS (*superficial atypical melanocytic proliferations of unknown significance*) oraz MELTUMP (*melanocytic tumor of uncertain malignant potential*). Roncati i wsp. wyróżnili także nową kategorię czerniaków o niepewnym potencjale złośliwości — THIMUMP (*thin melanoma of uncertain metastatic potential*) w przypadkach ze znacznym stopniem regresji obejmującej > 75% znamienia. W literaturze znajdujemy tylko pojedyncze opisy przypadków dotyczące tych specyficznych zmian skórnych. Celem pracy jest przedstawienie rzadkiego przypadku MELTUMP o morfologii atypowego znamienia Spitz.

**Opis przypadku:** U 46-letniego pacjenta Poradni Dermatologicznej UJCM zidentyfikowano płaską, czerwona zmianę naczyniową w okolicy prawego dołu łokciowego oraz wykonano zdjęcie wideodermoskopowe (VDS). Po 5 miesiącach pacjent zgłosił się celem ponownej oceny. Porównując oba obrazy VDS zaobserwowano ewolucję zmiany do mlecznoróżowego znamienia z obecnością: naczyń kropkowatych, liniowych i przecinkowatych oraz negatywnej siatki barwnikowej. Zmianie została wycięta z marginesem zdrowych tkanek, a na podstawie badania histopatologicznego postawiono rozpoznanie MELTUMP ze względu na wysoki stopień atypii komórkowej. Zmiana nie wykazywała aktywności mitotycznej.

**Dyskusja:** Określenie MELTUMP zostało po raz pierwszy zaproponowane przez Monesa i Ackermana w 2004 roku i dotyczy grupy melanocytarnych zmian skórnych, których stopień złośliwości nie może być zdefiniowany za pomocą klasycznych parametrów histopatologicznych. Cechy takie jak: atypia jądrowa, obecność martwicy, owrodzenia, makrojąderki i aktywności mitotycznej, mogą być obecne w zmianach o typie MELTUMP, ale w stopniu niewystarczającym do zdiagnozowania czerniaka złośliwego. Dlatego ich zdolność do przerzutowania jest niepewna, a ryzyko progresji w przypadku niekompletnego wycięcia pozostaje nadal niezdefiniowane. Zmiany o typie MELTUMP obejmują heterogenną grupę obejmującą m.in.: atypowe znamiona Spitz, atypowe znamiona błękitne, czerniaki o minimalnym stopniu odchylenia oraz zmiany typu melanocytoza.

**Wnioski:** Pomimo próby ustalenia wspólnego konsensusu, eksperci dermatopatologii nie potwierdzili specyficznych cech histologicznych mogących zaklasyfikować zmiany typu MELTUMP do łagodnej lub złośliwej kategorii. Dlatego, ustalenie właściwej ścieżki postępowania dla Pacjentów z MELTUMP stanowi wyzwanie w codziennej praktyce dermatologicznej i wymaga prowadzenia dalszych badań.

### ZNAMIONA BARWNIKOWE Z KOMÓREK BALONOWATYCH — DERMOSKOPOWE CECHY UŁATWIAJĄCE DIAGNOZĘ BALOON CELL NEVI — DERMOSCOPIC FEATURES FACILITATING THE DIAGNOSIS

Polska Grupa Dermoskopowa: Paweł Pietkiewicz<sup>1</sup>, Jacek Sygut<sup>2</sup>, Łukasz Szyberg<sup>2</sup>, Andrzej Marszałek<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Poradnia Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej I, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

<sup>2</sup>Zakład Patologii Nowotworów, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

**Wstęp:** Znamię z komórek balonowatych (*baloon cell nevus*, BCN) jest rzadką łagodną formą znamienia barwnikowego, bez wyróżniających

się cech klinicznych. Na poziomie histopatologicznym, charakteryzuje się występowaniem ognisk balonowatych melanocytów (olbrzymich, jasnokolorowych/piankowatych z ciemnowybarwionym jądrem komórkowym), stanowiących ponad 50% wszystkich komórek barwnikowych znamienia oraz obecnością melanocytów wielojądrowych. Zarówno znamiona dysplastyczne jak i czerniaki (zwłaszcza szczególnie rzadka postać czerniaka balonowatokomórkowego) mogą zawierać w swojej strukturze komórki balonowate. Wspomniane cechy obrazu histopatologicznego znajdują odzwierciedlenie w obrazie dermoskopowym.

**Opis przypadków:** Przedstawiono 2 obrazy zmian dermoskopowych o charakterze BCN (bez wywiadu ewolucji) utrwalone cyfrowo podczas rutynowego skreeningu znamion barwnikowych. U pacjenta 1. — 13-letniego pacjenta rasy kaukaskiej, w obrębie owłosionej skóry okolicy skroniowej stwierdzono obecność śródskórnego znamienia barwnikowego z komórek balonowatych o strukturze znamienia kokardowego (*nevus en cockarde*). U pacjentki 2. — 34-letniej kobiety rasy kaukaskiej stwierdzono w obrębie prawego boku obecność BCN złożonego.

**Dyskusja:** W obu przypadkach znamion barwnikowych wyróżniającą cechą dermoskopową była obecność żółtych i białych owalnych globul. Te cechy morfologiczne znamienia powinny być odróżniane od torbieli przypominających prosaki (*millia-like cysts*), przerostu gruczołów łojowych oraz bezpostaciowego białego/żółtego wzorca w centrum brodawek mięczaka zakaźnego.

**Wnioski:** Żółte i białe owalne globule w znamionach barwnikowych są strukturami wskazującymi na rozpoznanie BCN. Ten typ znamion, jeśli nie prezentuje żadnego wzorca złośliwości, nie wymaga żadnej interwencji.

### SYRINGOADENOMA IMITUJĄCY MIĘCZAKA ZAKAŻNEGO VS. MIĘCZAK ZAKAŻNY IMITUJĄCY KARATOACANTHOMA SYRINGOADENOMA IMITATING MOLLUSCUM CONTAGIOSUM VS. MOLLUSCUM CONTAGIOSUM IMITATING KARATOACANTHOMA

Elwira Paluchowska<sup>1</sup>, Iwona Czarnecka<sup>1</sup>, Anna Szczeniak<sup>2</sup>, Wanda Michej<sup>2</sup>, Piotr Bobkiewicz<sup>2</sup>, Monika Słowińska<sup>1</sup>, Witold Owczarek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologiczna WIM CSK MON w Warszawie

<sup>2</sup>Pracownia Patomorfologii ALAB plus sp. z o.o. w Warszawie

**Wstęp:** Badanie dermoskopowe zmian bezbarwnikowych może być trudne, ze względu na małą ilość patognomicznych struktur dla poszczególnych guzów. Nawet dobór dermoskopu może wpływać na percepcję poszczególnych komponent i pośrednio wpływać na wstępne rozpoznanie. Zastosowanie w badaniu światła spolaryzowanego daje możliwość zidentyfikowania delikatnych, a istotnych dla rozpoznania struktur naczyniowych. W ocenie guzków bezbarwnikowych kluczowe są morfologia naczyń, ich układ oraz obecność innych struktur tj. łuska, nadzěrka, białe lub niebieskie plamki lub smugi.

**Opis przypadków:** Przypadek 1. dotyczy 62-letniej pacjentki, która zgłosiła się do dermatologa z powodu zmiany zlokalizowanej w obrębie skóry owłosionej głowy w okolicy wzrostka sutkowego kości skroniowej lewej. Zmiana utrzymywała się od około 5 lat, nie dawała dolegliwości podmiotowych. W badaniu dermoskopowym stwierdzono dobrze odgranicezoną zmianę guzkową z niewielkim owrodzeniem w centrum, białe okrągłe struktury, pojedyncze linijne naczynia na ścianie guzka oraz niewielkie złuszczenie. W diagnostyce różnicowej wzięto pod uwagę BCC, SCC i mięczaka zakaźnego. Zmiana została usunięta chirurgicznie, a badanie histopatologiczne wykazało obecność *syringoadenoma*.

Przypadek 2. dotyczy 57-letniej kobiety, która zgłosiła się do dermatologa z powodu pojedynczej zmiany w okolicy brzucha, która ujawniła się 2 miesiące wcześniej i charakteryzowała się szybkim wzrostem. W badaniu dermoskopowym stwierdzono dobrze odgranicezoną guzkową barwy skóry, z licznymi naczyniami wieńcowymi i pojedynczymi rozgałęzionymi, wspinającymi się po ścianie guzka, a w centrum pofragmentowany hiperkeratyczny czop. Wysunięto podejrzenie mięczaka zakaźnego lub rogowia kolczystokomórkowego. Zmiana została wycięta chirurgicznie, a badanie histopatologiczne wykazało mięczaka zakaźnego.

**Dyskusja:** W obu przypadkach zmiany okazały się łagodne, ale badanie dermoskopowe nie pozwoliło na postawienie jednoznacznego rozpoznania. Obecność białych lśniących okrągłych struktur mogła sugerować zarówno zmiany melanocytarne jak i niemelanocytarne. Z kolei obecność cienkich licznych naczyń na ścianach guzka nie pozwalała całkowicie wykluczyć BCC lub *keratoacanthoma*. Żadna z prezentowanych

zmian nie korespondowała z dotychczasowymi wzorcami dla mięczaków zakaźnych opracowanych przez Enokihar i wsp.. W dotychczasowych publikacjach znajdujemy jedynie opisy pojedynczych przypadków *syningocystadenoma papilliferum* i żaden z nich nie koresponduje z naszym przypadkiem, zarówno klinicznie jak i dermoskopowo. Stąd w obu przypadkach rozstrzygające w postawieniu rozpoznania było badanie histopatologiczne.

**Wnioski:** Małe zmiany guzkowe o zabarwieniu różowym lub koloru skóry są najczęściej znamionami barwnikowymi lub rakami podstawnomiokórkowymi. Łagodna przydatkowiaki i pojedyncze mięczaki zakaźne występują rzadko i mogą stanowić problem diagnostyczny.

### DIAGNOSTYKA LISZAJA PŁASKIEGO ZA POMOCĄ REFLEKSYJNEGO MIKROSKOPU KONFOKALNEGO *IN VIVO* NA PODSTAWIE DOŚWIADCZEŃ WŁASNYCH DIAGNOSIS OF LICHEN PLANUS USING REFLECTANCE CONFOCAL MICROSCOPY *IN VIVO* IN MY OWN OBSERVATION

Anna Pogorzelska-Antkowiak

EsteDerm, Tychy

**Wstęp:** Liszaj płaski to przewlekła, zapalna dermatoza grudkowa zajmująca zarówno skórę jak i błony śluzowe. Szacuje się, że choroba ta dotyczy około 1% populacji. Większość chorych stanowią pacjenci po 40. roku życia. Etiologia liszaja płaskiego pozostaje nadal niewyjaśniona. Wskazuje się na związek liszaja z niektórymi fenotypami HLA, chorobami autoimmunologicznymi czy stosowaniem leków. Podstawowym wykwitem w liszaju płaskim są małe, połyskujące, zapalne grudki zlokalizowane szczególnie na skórze nadgarstków i tułowia. Cechą charakterystyczną jest zlewanie się grudek oraz mocny świąd. Dermoskopia pozwala dojrzeć na powierzchni grudek klasyczną siateczkę Wickhama, będącą delikatną siecią białych linii odpowiadającą histopatologicznie ogniskowemu pogrubieniu warstwy ziarnistej. W niektórych rzadszych postaciach liszaja płaskiego, jak chociażby w liszaju płaskim, przerosłym, zarówno obraz kliniczny grudek jak i lokalizacja wykwitów może stwarzać większe problemy diagnostyczne. Refleksyjna mikroskopia konfokalna jest bezinwazyjną metodą diagnostyczną, która pomaga postawić prawidłowe rozpoznanie, bez konieczności wykonania biopsji. Istnieje zaledwie kilka publikacji dotyczących obrazu liszaja płaskiego uzyskanego za pomocą refleksyjnej mikroskopii konfokalnej.

**Cel:** Przedstawienie własnych doświadczeń w diagnostyce liszaja płaskiego za pomocą refleksyjnego mikroskopu konfokalnego.

**Materiał i metodyka:** Badaniu poddano trzech pacjentów, z wstępnym rozpoznaniem liszaja płaskiego. Średni wiek badanych pacjentów wynosi 60,6 lat. Badanie dermoskopowe wykonano za pomocą videodermoskoku FotoFinder, a mikroskopowe wykonano za pomocą mikroskopu konfokalnego Vivascope 1500, w podstawowej projekcji Vivablock (mozaiki 500 x 500).

**Wyniki:** Badanie dermoskopowe wykonane za pomocą videodermoskoku FotoFinder uwidoczniło typowe cechy czerwono-fioletowych, zapalnych grudek z wyraźną siateczką Wickhama, zbudowaną z białawych pasemek. Na obwodzie większości zmian obserwowano naczynia typu kropek. We wszystkich przypadkach badanie histopatologiczne potwierdziło rozpoznanie liszaja płaskiego. Badanie mikroskopowe wykonano za pomocą mikroskopu konfokalnego Vivascope 1500, w podstawowej projekcji Vivablock (mozaiki 500 x 500). Przekroje poprzeczne uzyskano dla głębokości naskórka, granicy skórno-naskórkowej i wierzchniej warstwy skóry właściwej. Uzyskane obrazy złożono w Vivacube. We wszystkich trzech przypadkach w obrębie naskórka typowy rysunek o charakterze „plastra miodu” uległ zatarciu co wiąże się z akantozą. „Oczka” tworzące wyżej wymieniony „plaster miodu” uległy poszerzeniu, co wynika z wyraźnie większych rozmiarów komórek wierzchnich warstw naskórka. Widoczne były również martwe keratynocyty. Pomiędzy komórkami naskórka zaobserwowano melanofagi i komórki zapalne. Na granicy skórno-naskórkowej w pobliżu naczyń krwionośnych wewnątrzbrodawkowych uwidoczniło się liczne komórki zapalne i melanofagi.

**Wniosek:** Refleksyjna mikroskopia konfokalna *in vivo* stanowi bezinwazyjną, czułą metodę diagnostyczną będącą alternatywą dla badania histopatologicznego, a tym samym pomocną w postawieniu ostatecznej diagnozy opartej na szczegółach budowy komórkowej.

### LISZAJ PŁASKI OBRĄCZKOWATY PRĄCIA PENILE ANNULAR LICHEN PLANUS

Katarzyna Czajkowska<sup>1</sup>, Mateusz Czajkowski<sup>2</sup>, Marcin Matuszewski<sup>2</sup>, Michał Sobjanek<sup>1</sup>, Roman J. Nowicki<sup>1</sup>, Małgorzata Sokołowska-Wojdyło<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup>Klinika Urologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

**Wstęp:** Liszaj płaski jest przewlekłą dermatozą zapalną, która może zajmować skórę gładką, paznokcie, błonę śluzową jamy ustnej oraz narządów płciowych. Obecnie wyróżnia się ponad 20 odmian klinicznych tego schorzenia. Chociaż zmiany zlokalizowane na narządach płciowych występują dość często u pacjentów z liszajem płaskim, to zmiany izolowane, jedynie w okolicy anogenitalnej są stosunkowo rzadkie.

**Opis przypadków:** Pacjent 1. zgłosił się zaniepokojony pojedynczym wykwitem zlokalizowanym na żołądź prącia. Zmiana wystąpiła kilka tygodni wcześniej, stopniowo powiększała się odśrodkowo. Chory negował dolegliwości subiektywne. Fizykalnie stwierdzono pojedynczą obrączkowatą zmianę okolicy korony żołądź prącia, innych zmian śluzówkowych ani skórnych nie stwierdzono. W wideodermoskopii widoczna była siateczka Wickhama o kształcie trzech połączonych kolistych zmian oraz naczynia kropkowane i linijne. Badanie histopatologiczne potwierdziło rozpoznanie liszaja płaskiego. Pacjent 2. zgłosił się z powodu rozsiaanych wykwitów skórnych zlokalizowanych na skórze prącia, skórze okolicy krocza oraz szpary pośladowej. Wywiad zmian kilkutygodniowy, nie dawały one żadnych dolegliwości subiektywnych. W badaniu fizykalnym na skórze prącia stwierdzono białe-różowe grudki, miejscami szerzące się odśrodkowo oraz zmiany obrączkowate, ponadto szaro-różowe blaszki skóry krocza i szpary pośladowej. Żołądź prącia, wewnętrzna blaszka napletka, śluzówki jamy ustnej oraz skóra w innych okolicach ciała były wolne od zmian. W wideodermoskopii zaobserwowano białe zmiany o układzie siateczkowatym oraz obrączkowatym. W badaniu histopatologicznym rozpoznano liszaj płaski. Pacjent 3. konsultowany z powodu wykwitów wewnętrznej blaszki napletka, które wystąpiły kilka tygodni wcześniej, nie powodowały żadnych dolegliwości subiektywnych. Fizykalnie stwierdzono liczne obrączkowate zmiany barwy białej, izolowane do wewnętrznej blaszki napletka. W wideodermoskopii okrągłe i owalne wykwity z białą zabarwioną siatką na obwodzie. Klinicznie rozpoznano liszaj płaski obrączkowaty prącia, pacjent nie wyraził zgody na weryfikację histopatologiczną.

**Dyskusja:** Częstość występowania podtypu obrączkowatego liszaja płaskiego ocenia się na 3–7% — jest to prawdopodobnie wartość niedoszacowana. Odmianę kliniczną obrączkowatego liszaja płaskiego charakteryzują trzy wzory: typ obrączkowaty formowany przez grudki (*papule-formed ring type*), typ grudkowy formujący zmiany obrączkowate (*ring-formed papule type*) oraz typ dużych zmian obrączkowatych (*large ring type*). Wykwity o typie obrączkowatym mogą zatem powstawać w wyniku skupiania się obrączkowatego pojedynczych grudek lub w wyniku ustępowania centralnej części ognisk i ich szerzenia się odśrodkowego. W przypadku podtypu grudkowego formującego zmiany obrączkowate niekiedy możliwe jest zaobserwowanie jednocześnie zmian grudkowych, grudkowych szerzących się odśrodkowo oraz obrączkowatych, a więc wszystkich etapów powstawania wykwitów. Mechanizm powstawania zmian obrączkowatych liszaja płaskiego nie został wyjaśniony, być może znaczenie odgrywa zwiększona ekspresja cząsteczki adhezji międzykomórkowej (ICAM-1, *intercellular adhesion molecule-1*) na keratynocytach części obwodowej aktywnych zmian lub większa aktywność komórek Langerhansa i limfocytów CD3+ w części obwodowej. Badanie histopatologiczne ujawnia cechy charakterystyczne dla liszaja płaskiego, nie stwierdzono specyficznych odmienności obrazu w przypadku odmiany obrączkowatej. W leczeniu stosuje się miejscowe glikokortykosteroidy o średniej lub dużej mocy, możliwe jest również zastosowanie miejscowych inhibitorów kalcyneuryny.

**Wnioski:** Podtyp obrączkowaty jest rzadko występującą postacią liszaja płaskiego, która może występować zarówno na skórze, jak i na błonach śluzowych. Obraz dermoskopowy jest bardzo pomocny w diagnostyce tego schorzenia, zwłaszcza w przypadku zmian izolowanych do prącia.

## MANIFESTACJE DERMOSKOPOWE WYBRANYCH DERMATOZ W OBRĘBIE ŚLIZÓWEK ZEWNĘTRZNYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH: ZMIANY BARWNIKOWE DERMOSCOPIC MANIFESTATIONS IN SELECTED DERMATOSES WITHIN EXTERNAL PART OF THE GENITAL MUCOSA — PIGMENTED LESIONS

Katarzyna Szmigiel, Grażyna Kamińska-Winciorek

<sup>1</sup> 4. Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Kliniczny Oddział Dermatologiczno-Wenerologiczny

<sup>2</sup> Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

**Wstęp:** Zmiany śluzówkowe zlokalizowane w obrębie wewnętrznych narządów płciowych stanowią częsty problem kliniczny lekarzy wielu specjalności. Charakteryzuje je mnogość obrazów klinicznych, które w tej okolicy są często nietypowe i mogą stanowić duże wyzwanie diagnostyczne. Aktualnie poszukuje się metod diagnostyki nieinwazyjnej zmian w obrębie zewnętrznych narządów płciowych, które mogą stanowić szybkie narzędzie diagnostyczne w ocenie przesiewowej lub kwalifikującej do pobrania wycinka z oceną histopatologiczną. Dermoskopia to metoda oceny *in vivo* struktur w obrębie naskórka i skóry właściwej. Jest badaniem nieinwazyjnym, łatwym w wykonaniu, powtarzalnym, z możliwością archiwizacji uzyskanych obrazów i ich porównywania. Jest szczególnie przydatna w ocenie zmian o charakterze barwnikowym.

**Cel pracy:** W pracy przedstawiono przeglądowo charakterystyczne cechy dermoskopowe wybranych zmian barwnikowych zlokalizowanych na błonach śluzowych zewnętrznych narządów płciowych.

**Materiał i metodyka:** Na podstawie przeglądu literatury z bazy PubMed prezentujemy obrazy dermoskopowe wybranych zmian barwnikowych z omówieniem typowych dla nich cech dermoskopowych.

W opisie dermoskopowym zmian o ciemnym zabarwieniu w powyższej lokalizacji ujęto znamiona melanocytowe, łagodną melanozę oraz płaskie rogowacenie łojotokowe wymagające różnicowania z czerniakiem i jego symulatorami (m.in. zmianami naczyniowymi — rogowcem krwawym lub przebarwionymi brodawkami wirusowymi).

**Wyniki:** Łagodne zmiany barwnikowe w obrazie dermoskopowym posiadają symetrię struktury, charakterystyczne dobrze zdefiniowane struktury dermoskopowe oraz jedną lub maksymalnie dwie barwy. Do łagodnych wzorców dermoskopowych opisywanych w zmianach barwnikowych w lokalizacji błon śluzowych narządów płciowych zalicza się ponadto wzorec globularny, kostki brukowej oraz homogeny. Do cech dermoskopowych sugerujących potencjalnie złośliwy charakter ogniska należy obecność m.in. siateczkowej depigmentacji oraz białoniebieskiego zamglenia. Ponadto widoczny jest chaos, utrata struktury oraz w przypadku zmian barwnikowych — obecność wielu barw.

**Wnioski:** Znajomość obrazów dermoskopowych ognisk wskazujących na ich potencjalnie melanocytowy charakter ma wpływ na zmianę algorytmu diagnostycznego (ocena dermoskopowa jako uzupełnienie dotychczas stosowanych w codziennej praktyce metod diagnostycznych), jak również wspiera decyzję klinicysty o pilnym wycięciu chirurgicznym lub pozostawieniu zmiany z jej obserwacją lub nie.

## SESJE PLAKATOWE

# TRICHOSKOPIA: CHOROBY WŁOSÓW I SKÓRY OWŁOSIONEJ

## NIETYPOWA POSTAĆ PRZEWLEKŁEGO TOCZNIA SKÓRNEGO RUMIENIOWATEGO (CCLE) U 48-LETNIEGO MĘŻCZYZNY UNUSUAL PRESENTATION OF CHRONIC CUTANEOUS LUPUS ERYTHEMATOSUS (CCLE) IN A 48-YEAR-OLD MAN

Tomasz Iwanowski<sup>1</sup>, Piotr Szlązak<sup>1</sup>, Gustaw Roter<sup>2</sup>, Mirosław Roter<sup>3</sup>, Małgorzata Sokołowska-Wojdyło<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dermedica, Gdańsk

<sup>2</sup> Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>3</sup> Laboratorium Patomorfologii Klinicznej, Centrum Medycyny Inwazyjnej w Gdańsku

**Wstęp:** CCLE jest drugą co do częstości postacią łysienia bliznowaciejącego i obejmuje około 30% przypadków. Choroba dotyka głównie młodych kobiet. Wśród objawów możemy wyróżnić niecharakterystyczne zmiany rumieniowo-żółtaczające, które z czasem prowadzą do atrofii, teleangiektazji i zmian barwnikowych (centralna hipopigmentacja i obwodowa hiperpigmentacja ognisk chorobowych). Pacjenci zgłaszają często tkliwość i świąd skóry owłosionej głowy. Przeciwciała ANA są dodatnie w 20–43% przypadków. W dermoskopii do charakterystycznych objawów zaliczyć można niewidoczne ujścia mieszków włosowych, czopy rogowe, rumień wokół mieszków oraz wspomniane wcześniej zaburzenia barwnikowe. W badaniu histopatologicznym znamienne dla CCLE będą zwrodnienie wodniczkowe z rozszanymi, nekrotycznymi keratynocytami, zgrubienie błony podstawnej oraz naciek limfocytarny na granicy skórno-naskórkowej. W późnych stadiach choroby dochodzi do redukcji jednostek włosowych, włóknienia okołomieszkowego i śródmiąższowego. W bezpośrednim badaniu immunofluorescencyjnym obserwujemy złożony IgG, IgM i C<sub>3</sub> na granicy skórno-naskórkowej.

**Cel:** Przedstawienie nietypowej klinicznie postaci CCLE.

**Opis przypadku:** Pacjent lat 48 zgłosił się do gabinetu z powodu licznych, drobnych ognisk rumieniowych w obrębie skóry owłosionej głowy bez objawów towarzyszących które utrzymywały się od około 6 miesięcy. Pacjent podał, że rozpoznano u niego łojotokowe zapalenie skóry i leczono szamponem z cyklopirosolaminą. Leczenie trwało 14 dni

i nie przyniosło widocznej poprawy. W badaniu dermatoskopowym widoczny zanik ujść mieszków włosowych, okołomieszkowe białe plamki, czopy rogowe, zmiany barwnikowe i teleangiektazje. Ze względu na nietypowy obraz kliniczny oraz wynik trichoskopii sugerujący łysienie bliznowaciejące podjęto decyzję o pobraniu wycinka do badania histopatologicznego. W znieczuleniu miejscowym 2% lignokainą pobrano dwa wycinki sztancą 4 mm i przekazano je do dalszej oceny. Obraz morfologiczny przemawiał za rozpoznaniem postaci ogniskowej tocznia rumieniowatego skóry.

**Wnioski:** Łysienia bliznowaciejące we wczesnym stadium mogą przypominać obrazem inne choroby skóry owłosionej głowy. Do ustalenia poprawnego rozpoznania i co ważniejsze, szybkiego rozpoczęcia leczenia konieczne jest wykonanie badania histopatologicznego.

## ŁYSIENIE RZEKOMBLIZNOWACIEJĄCE U 43-LETNIEGO MĘŻCZYZNY PSEUDOPELADE OF BROCCQ (PPB) IN A 43-YEAR-OLD-MAN

Tomasz Iwanowski<sup>1</sup>, Piotr Szlązak<sup>1</sup>, Gustaw Roter<sup>2</sup>, Mirosław Roter<sup>3</sup>, Małgorzata Sokołowska-Wojdyło<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dermedica, Gdańsk

<sup>2</sup> Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>3</sup> Laboratorium Patomorfologii Klinicznej, Centrum Medycyny Inwazyjnej w Gdańsku

**Wstęp:** Klasyczna postać łysienia rzekomobliznowaciejącego (PPB) jest rzadką, wolno postępującą postacią łysienia bliznowaciejącego, która dotyka głównie dojrzałe kobiety rasy kaukaskiej. Charakteryzuje się małymi, gładkimi, lekko wklęsłymi ogniskami atroficznymi przypominającymi „odciski stóp w śniegu”. Diagnozowana jest w niespełna 10% przypadków łysienia bliznowaciejącego. Istnieje wiele kontrowersyjnych opinii co do tego, czy PPB jest oddzielną jednostką chorobową, czy też zejściowym stadium innych postaci łysienia bliznowaciejącego jak na przykład CCLE lub LPP. W badaniu histopatologicznym nie obserwujemy



nacieku zapalnego na granicy skórno-naskórkowej ani czopowania ująć mieszków włosowych. Widoczne są natomiast szerokie pasma zwłóknienia i pogrubione włókna elastyczne. Bezpośrednie badanie immunofluorescencyjne jest ujemne.

**Cel:** Przedstawienie rzadko występującej postaci łysienia bliznowaciejącego u 43 letniego mężczyzny.

**Opis przypadku:** Pacjent, lat 43, zgłosił się do gabinetu z powodu licznych drobnych ognisk bezwłosych w okolicach skroniowych, ciemieniowych i okolicy potylicznej, linijnym wyraźnie odgraniczonym od otoczenia ogniskiem bezwłosym o wymiarach 0,5 x 3 cm w okolicy potylicznej oraz dwoma ogniskami bezwłosymi o niewyraźnym odgraniczeniu w okolicy szczytu głowy. Pacjent podał, że zmiany utrzymują się od około roku i nie był dotychczas leczony z tego powodu. Zmianom skórnym towarzyszy świąd i mrowienie skóry owłosionej głowy. Podczas zbierania wywiadu udało się ustalić, że 5 lat temu leczył się z powodu łysienia plackowatego za pomocą PUVA terapii. Leczenie przyniosło całkowity odrost włosów. W trakcie wykonywanej wtedy diagnostyki rozpoznano dodatkowo chorobę Hashimoto, z powodu której pozostaje pod stałą opieką endokrynologa. W badaniu trichoskopowym uwidocznił zniknięcie mieszków włosowych, teleangiektazje i czopy rogowe. Ze względu na obraz kliniczny oraz wynik trichoskopii sugerujące łysienie bliznowaciejące podjęto decyzję o pobraniu wyinka do badania histopatologicznego. Obraz morfologiczny przemawiał za rozpoznaniem *pseudopelade Brocq* lub zaawansowanej postaci liszaja płaskiego mieszkowego.

**Wnioski:** Diagnostyka łysienia bliznowaciejącego sprawia problemy nie tylko klinicyście, ale i histopatologowi. Potwierdza to jednostka chorobowa jaką jest *pseudopelade Brocq*, wokół której do dziś toczą się spory. Przykładem jest nasz pacjent, u którego z jednej strony obserwowaliśmy liczne drobne ogniska bezwłose sugerujące rozpoznanie PPB a z drugiej większe, które mogłyby wskazywać na rozpoznanie CCLE. Wątpliwości miał także histopatolog, który z jednej strony zakwalifikował łysienie do grupy z przewagą limfocytów w nacieku, ale z drugiej nie dał jednoznacznej odpowiedzi co do konkretnej choroby.

### OBRAZ TRICHOSKOPOWY ŁYSIENIA MECHANICZNEGO (TRACTION ALOPECIA) PO ZABIEGACH FRYZJERSKICH TRICHOSCOPY OF TRACTION ALOPECIA AFTER HAIRDRESSER PROCEDURES

Katarzyna Płuzańska-Srebrzyńska<sup>1</sup>, Adam Srebrzyński<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej UM w Łodzi

<sup>2</sup> Silver Clinic Łódź

Łysienie mechaniczne (TA, *traction alopecia*) to utrata włosów spowodowana przedłużającym się działaniem siły pociągającej włosy. Dotychczas najczęściej opisywane w kontekście czarnoskórych kobiet ze względu na tradycyjne uczesanie, obecnie dotyczy wszystkich grup etnicznych i społecznych. Trichoskopowy obraz łysienia mechanicznego jest podobny do trichotillomanii, w późniejszym okresie nabiera cech łysienia bliznowaciejącego. Prezentujemy przypadek 35-letniej kobiety, u której do łysienia doprowadziły kilkakrotnie powtarzane zabiegi przedłużania włosów.

### IDIOPATYCZNA POSTAĆ PSEUDOPALEDE BROCQ. OPIS PRZYPADKU IDIOPATIC FORM PSEUDOPALEDE OF BROCQ. CASE REPORT

Ewelina Biało-Wójcicka, Dorota Mączyńska-Karcz, Kalina Wysocka-Dubielecka, Weronika Molga, Roksana Kulińska

Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie, Oddział Dermatologii Dorosłych

**Wstęp:** Wokół rozpoznania pseudopelade krąży dyskusje od momentu pierwszego opisanego przez LouisAnneJean Brocq w 1888 roku jako postaci łysienia bliznowaciejącego przypominającego łysienie plackowate. Jedni uważają ją za jednostkę chorobową po wykluczeniu innych przyczyn łysienia bliznowaciejącego, inni za schyłkową postać łysienia plackowatego.

**Opis przypadku:** 47-letnia pacjentka hospitalizowana w Oddziale Dermatologii z powodu nasilonego wypadania włosów w obrębie owłosionej skóry głowy. W wywiadzie utrata włosów od dwóch miesięcy. Pacjentka wiąże to z silnym stresem psychicznym. Leczona od 6 lat z powodu nadciśnienia tętniczego. Przy przyjęciu pacjentka w stanie ogólnym dobrym.

W okolicy ciemieniowej skóry owłosionej głowy obecne rozlane, nieostro odgraniczone ogniska pozbawione włosów z widocznym zanikiem ująć mieszków włosowych w ogniskach wyłysienia oraz obecne pęczki włosów, dające tzw. objaw pędzla. W obrębie ognisk widoczny mierny stan zapalny. W obrębie pojedynczych ujęć mieszków włosowych obecne nieznaczne rogowacenie. W badaniach laboratoryjnych nieznacznie podwyższony poziom CRP, trójglicerydów. Badanie surowicy w kierunku boreliozy ujemne. Wyniki badań przeciwciał w surowicy ANA w mianie 1: 160, wynik badania DIF ze zmiany pobranej z okolicy ciemieniowej ujemny, badanie histopatologiczne: nacieki limfocytarne, 2 mieszkki włosowe zanikające, zdegenerowane elementy włosa. Do leczenia włączono acetytynę w dawce 50 mg/d, prednisolon 0,5 mg/kg mc., finasteryd 1 mg/d; miejscowo propionian klobetazonu oraz minovivax 5% w postaci płynu. Pacjentka konsultowana 1 miesiąc po hospitalizacji. Odstawiono acetytynę z uwagi na złą tolerancję (nadmierna suchość skóry i błon śluzowych). Do leczenia włączono hydrochlorochinę; utrzymano pozostałe leki ogólne i miejscowe. Pacjentka podaje zmniejszenie wypadania włosów. Pozostaje pod stałą kontrolą Poradni Przeszpitalnej od około 8 miesięcy.

**Dyskusja:** *Pseudopelade Brocq* (PBB) jest rzadką, powoli postępującą, przewlekłą chorobą charakteryzującą się samoograniczającą bliznowatą utratą włosów (łysienie bliznowaciejące). Najczęściej występuje u młodych kobiet. Ogniska utraty włosów obecne w PBB mogą być pojedyncze lub wieloogniskowe. Zwykle są małe, dyskretne, okrągłe lub owalne i asymetryczne. Skóra podskórna jest zazwyczaj gładka, miękka, cielisto lub biała, z niewielkim stanem zapalnym. W patogenezie zmian bierze się pod uwagę zaburzenia funkcji podziału komórek w okolicy macierzy włosa oraz destrukcję gruczołów łojowych. Chociaż nie zidentyfikowano dokładnej przyczyny PBB, uważa się, że jest to choroba autoimmunologiczna. Nie ma standardów leczenia PBB. Pacjenci z czynnymi zmianami, u których występuje zajęcie mniej niż 10% powierzchni skóry owłosionej głowy, mogą być leczeni miejscowymi lub podawanymi podskórnie glikokortykosteroidami. Pacjenci z bardziej rozległymi zmianami mogą być leczeni hydroksychlorochiną. Dodatkowe opcje leczenia obejmują izotretinoinę i mykofenolan mofetylu. Niektóre źródła podają korzyści z leczenia dapsonem.

**Wnioski:** Przedstawiamy rzadki przypadek pierwotnego idiopatycznego łysienia bliznowaciejącego określanego w literaturze jako *pseudopelade Brocq*. Najczęściej rozpoznanie jest postawione po wykluczeniu innych przyczyn łysienia bliznowaciejącego. Przez wielu autorów nie jest traktowana jako odrębna jednostka chorobowa, ale jako stadium końcowe innych przyczyn łysienia bliznowaciejącego. Ze względu na trudności w klasyfikacji tej jednostki brakuje standardów postępowania i zaleceń odnośnie jej leczenia.

### TRICHOSKOPOWE OBJAWY PROGNOZYSTYCZNE W ŁYSIENIU PLACKOWATYM PROGNOSTIC VALUE OF TRICHOSCOPIC STRUCTURES IN ALOPECIA AREATA

Anna Waśkiel-Burnat, Adriana Rakowska, Mariusz Sikora, Małgorzata Olszewska, Lidia Rudnicka

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Wstęp:** Trichoskopia jest nieinwazyjną metodą diagnostyczną stosowaną w rozpoznaniu i ocenie aktywności łysienia plackowatego. Dotychczas nie opisano znaczenia poszczególnych objawów trichoskopowych łysienia plackowatego jako markerów predykcyjnych odpowiedzi na leczenie.

**Cel:** Ustalenie trichoskopowych objawów predykcyjnych odpowiedzi na leczenie w łysieniu plackowatym oraz stworzenie na tej podstawie odpowiedniej skali (ang. *Alopecia Areata Predictive Score*; AAPS).

**Materiał i metodyka:** Do analizy włączono 65 pacjentów (45 kobiet i 20 mężczyzn; wiek: 18–71 lat (średnia: 31,9 lat); czas trwania choroby: 1–10 miesięcy (średnia: 3,3 miesiące) z rozpoznaniem łysieniem plackowatym częściowym. U każdego pacjenta wykonano trichoskopię przed włączeniem oraz 2 miesiące po rozpoczęciu leczenia. Po 6 miesiącach leczenia, pacjenci zostali zakwalifikowani jako odpowiadający (odrost włosów > 75% w skali SALT) i nieodpowiadający na leczenie (odrost włosów ≤ 75% w skali SALT). Ustalono trichoskopowe objawy predykcyjne oraz utworzono skalę predykcyjną.

**Wyniki:** 38/65 (68%) pacjentów zostało zakwalifikowanych jako odpowiadający na leczenie, a 27/65 (42%) pacjentów jako nieodpowiadający na leczenie. Nie obserwowano istotnych różnic w częstości występowania poszczególnych objawów trichoskopowych przed rozpoczęciem

leczenia pomiędzy grupami. W badaniu wykonanym 2 miesiące od rozpoczęcia leczenia, czarne kropki, włosy ułamane, włosy wykrzykni-kowe oraz włosy proksymalnie zwężone występowały rzadziej w grupie pacjentów odpowiadających na leczenie w porównaniu z grupą pacjentów nieodpowiadających na leczenie (3/27, 11% vs 19/38, 50%; 6/27, 22% vs 26/38, 68%; 5/27, 19% vs 23/38, 61% i 0/27, 0% vs 11/38, 29%) ( $p = 0,003$ ,  $p = 0,001$ ,  $p = 0,002$  i  $p = 0,002$ ). Stanowiły one negatywne rokowniczo objawy trichoskopowe. Włosy prosto odrastające i włosy okrągłe stwierdzono częściej w grupie pacjentów odpowiadających na leczenie w porównaniu do pacjentów nieodpowiadających na leczenie (27/27, 100% vs 21/38, 55% i 9/27, 33% vs 3/38, 8%) ( $p < 0,001$  i  $p = 0,02$ ). Stanowiły zatem trichoskopowe objawy pozytywne rokowniczo. Nie stwierdzono istotnych różnic w częstości występowania pozostałych objawów trichoskopowych pomiędzy pacjentami odpowiadającymi

i nieodpowiadającymi na leczenie w badaniu po 2 miesiącach leczenia. Skala AAPS stanowiła sumę poszczególnych objawów pozytywnych i negatywnych rokowniczo (wartość minimalna -4, wartość maksymalna +2). U pacjentów z sumą AAPS -4, -3, -2 i -1, prawdopodobieństwo odrostu włosów wynosiło odpowiednio 0%, 0,3%, 2,1% i 13,2%. Natomiast u pacjentów z AAPS 0, 1 i 2 prawdopodobieństwo na odrost wynosiło 52,3%, 88,7% i 99,3%.

**Wnioski:** Do pozytywnych rokowniczo objawów trichoskopowych należą włosy okrągłe i prosto odrastające. Czarne kropki, włosy ułamane, włosy wykrzykni-kowe i włosy proksymalnie zwężone stanowią negatywne objawy predykcyjne. Skala AAPS (oceniana po 2 miesiącach leczenia) jest skuteczną metodą do oceny prawdopodobieństwa odrostu włosów u pacjentów z częściowym łysieniem plackowatym.

## INFLAMOSKOPIA: ZMIANY ZAPALNE

### DERMOSKOPOWE CECHY ZAPALNEGO LINIJNEGO BRODAWKUJĄCEGO ZNAMIENTA NASKÓRKOWEGO — OPIS PRZYPADKU DERMOSCOPIC CLUES OF INFLAMMATORY LINEAR VERRUCOUS EPIDERMAL NEVUS — A CASE REPORT

Polska Grupa Dermoskopowa: Paweł Pietkiewicz

Poradnia Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej I, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

**Wstęp:** Zapalne linijne brodawkujące znamię naskórkowe (*inflammatory linear verrucous epidermal nevus*, ILVEN) jest typem naskórkowego znamienia układającego się wzdłuż linii Blaschko, przeważnie ujawniającego się w pierwszych 6 miesiącach życia, jednostronnie w obrębie kończyn dolnych lub okolic anogenitalnych. Zmianie, podobnie jak przypominającemu ILVEN klinicznie liszajowi pasmowatemu, może towarzyszyć świąd. Ze względu na samoograniczający się charakter liszaja pasmowatego, rokowanie jest odmienne. W określonych przypadkach o niejasnym wywiadzie różnicowanie może wymagać wykonania biopsji. **Opis przypadku:** U 8-miesięcznej dziewczynki pojawiły się nieswędzące, zmiany rumieniowo-grudkowe ciągnące się linijnie od bocznej powierzchni uda lewego ku palcu II stopy lewej, z oszczędzeniem płytki

paznokciowej, miejscowo złuszczone obrączkowato. Pomimo regularnej aplikacji emolientów zgodnie z zaleceniem pediatry, rodzice nie zaobserwowali znaczącej poprawy. W badaniu dermoskopowym zobrazowano obecność obrączkowatej pomarańczowo-brązowej łuski oraz rozproszone czerwone kropki, przypominające te obecne w zmianach łuszczykowych.

**Dyskusja:** Obrazy dermoskopowe zmian o typie ILVEN są skąpo opisane w populacji dziecięcej. Wśród opisowych cech typowych dla tego znamienia naskórkowego wymienia się wzorce kostki brukowej i móżgokształtnej (*cobblestone*, *cerebriform pattern*) oraz rozległe brązowe okrągłe zmiany powiązane na poziomie mikroskopowym z obszarami łuszczykopodobnego przerostu naskórka (co może tłumaczyć zbliżony wzorec naczyń o typie kropek). Opisowymi cechami dermoskopowymi patognomicznie występującymi w liszaju pasmowatym są głęboko białawe struktury przypominające obszary bliznowacenia (*deep-whitish structures*), przypominające siateczkę Wickhama typową dla liszaja płaskiego. Opisywano również szare struktury ziarniste związane z aktywnością melanofagów skórnych.

**Wnioski:** Cechy obrazów dermoskopowych ILVEN i liszaja pasmowatego pozwalają na prostą, szybką, niedrogą bezinwazyjną diagnostykę, co przekłada się na mniejszy stres chorego dziecka, niższe koszty diagnostyki oraz dobór właściwej metody terapeutycznej.

## DERMOSKOPIA W DERMATOONKOLOGII: ZMIANY MELANOCYTARNE — CZERNIAKI I ZNAMIONA

### ZNAMIONA MELANOCYTOWE ZANIKAJĄCE U DZIECI — STUDIUM TRZECH PRZYPADKÓW DISAPPEARING NEVI IN CHILDREN — THREE CASE REPORT

Dagmara Filipiak<sup>1</sup>, Grażyna Kamińska-Winciorek<sup>2</sup>, Irena Walecka<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinika Dermatologii CMKP/CSK MSWiA w Warszawie

<sup>2</sup> Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

**Wstęp:** Znamiona melanocytowe to powszechnie występujące zmiany skórne, obecne u prawie 98% dzieci rasy kaukaskiej już od wczesnego dzieciństwa. W zależności od wieku, w którym pojawiają się znamiona melanocytowe dzielimy je na wrodzone i nabyte. Dane epidemiologiczne wskazują na zwiększanie się liczby znamion nabytych od urodzenia do 25.–35. roku życia, natomiast z wiekiem liczba tych znamion zmniejsza się. **Opis przypadku:** W pracy przedstawiono trzy przypadki różnych form samostannego ustępowania znamion melanocytowych w obrębie skóry u dzieci w aspekcie kliniczno-dermoskopowym: znamię Spitz, całkowicie ustępujące znamię Suttona oraz „znamię ginące”.

**Dyskusja:** Dermoskopia stanowi doskonałe narzędzie diagnostyczne we wstępnym rozpoznawaniu wybranych znamion melanocytowych,

a także monitorowaniu ich przebiegu. Znamię Spitz charakteryzuje m.in. występowanie wzorca typu ciałek barwnikowych, wybuchu gwiazdy, który następnie może zmieniać się we wzorec jednorodny, po którym obserwowana jest inwolucja znamienia. Znamię Suttona charakteryzuje wzorec typu ciałek barwnikowych lub siateczkowaty, otoczony obszarem skóry odbarwionej wskutek reakcji immunologicznej, prowadzącej do całkowitego ustąpienia znamienia. Zjawisko to najczęściej występuje u pacjentów w 15 roku życia. „Znamiona ginące” są stopniowo blednącymi, aż do całkowitego ich ustąpienia znamionami, które obserwowane są zwykle u pacjentów 30–40-letnich, a ich występowanie u dzieci przed okresem dojrzewania zaliczane jest do rzadko występujących.

**Wnioski:** Obserwacja dermoskopowa z archiwizacją obrazów znamion melanocytowych stanowi nieinwazyjną metodę umożliwiającą dokładną ocenę znamion nie tylko w dużym powiększeniu, ale przede wszystkim określającą charakter zmian w nich zachodzących. Zapis cyfrowy uzyskanego obrazu pozwala na ocenę porównawczą morfologii poszczególnych ognisk w odstępach czasowych. Znamiona melanocytowe u dzieci zwykle nie wymagają cyfrowej archiwizacji dermoskopowej, jednakże w szczególnych przypadkach — m.in. znamion Spitz u dzieci oraz znamion o szczególnej lokalizacji (m.in. pod płytką paznokciową) wskazana jest okresowa ocena dermoskopowa

w celu porównania i kontroli zmian zachodzących w obrębie monitorowanych ognisk.

### WZNOWA CZERNIAKA W BLIŹNIE PO USUNIĘTYM ZNAMIENIU SPITZ

#### THE RECURRENCE OF MALIGNANT MELANOMA IN THE SCAR AFTER SPITZ NAEVUS EXCISION

Joanna Pogorzelska-Dyrbus

„Estevita” Specjalistyczna Praktyka Lekarska, Tychy

**Wstęp:** Znamiona Spitz po raz pierwszy zostały opisane przez Sopię Spitz w 1948 roku i do dziś są one przedmiotem licznych badań i kontrowersji dotyczących nie tylko terminologii, ale przede wszystkim potencjału onkologicznego oraz właściwego postępowania.

**Opis przypadku:** 17-letni pacjent zgłosił się z powodu guzka, który pojawił się w bliźnie po usunięciu pół roku wcześniej znamienia Spitz na udzie lewym. Usunięta zmiana była różowym guzkiem o średnicy ok. 5 mm. Przed wycięciem zmiany nie wykonano badania dermoskopowego. W bliźnie o wymiarach 1 cm x 0,5 cm stwierdzono cechy niejednorodnego zabarwienia: od jasno- do ciemnoczerwonego, a w jej dolnym biegunie obecny był guzek o połyskującej powierzchni. Obraz dermoskopowy zmiany wykazywał cechy znaczącej polimorfii. Widoczne były bardzo liczne liniżne, rozgałęzione naczynia, część naczyń wykazywała cechy typowego serpentynowego ułożenia. Ponadto w górnym odcinku blizny widoczny był czerwony homogenny obszar, w dolnym odcinku blizny

widoczna była struktura o charakterze okrągłego homogennego jasnobrązowego ogniska z wyraźną centralną hipopigmentacją. Powyższy obraz, a przede wszystkim wzorec naczyńowy, był wyraźnie niepokojący i nasuwał podejrzenie obecności w bliźnie procesu nowotworowego. Biorąc pod uwagę makroskopowy obraz blizny, wysoce niepokojący obraz dermoskopowy, a także wynik badania histopatologicznego usuniętej zmiany, skierowano pacjenta w trybie pilnym na kolejny zabieg chirurgiczny. Bliznę usunięto. W badaniu histopatologicznym stwierdzono, że obraz mikroskopowy odpowiada wznowie po usunięciu atypowym znamieniu Spitz. Biorąc pod uwagę przebieg kliniczny oraz morfologię zmiany, które nie znajdowały odzwierciedlenia w wynikach badań histopatologicznych, zdecydowano o weryfikacji badań. Po konsultacji preparatu z pierwotnego usunięcia zmiany (pierwotnie opisanej jako znamię Spitz) otrzymano wynik: Czerniak guzkowy. Typ komórkowy epitelioidny, typ wzrostu pionowy. Clark 3, Breslow 2,39 mm. Bez nacieku zapalnego i owrządzenia. Z kolei rekonsultacja badania histopatologicznego blizny (pierwotnie opisanego jako wznowa znamienia Spitz) wykazała wznowę czerniaka.

**Dyskusja:** Znamiona Spitz są najczęstszym symulatorem czerniaka, zarówno pod względem klinicznym, dermoskopowym oraz histopatologicznym. U młodych pacjentów, u których występuje najczęściej, przybierają postać różowego guzka, a główną ich lokalizacją jest skóra kończyn dolnych oraz rzyka i tułowia. Wobec wzrostu liczby zachorowań na czerniaka u dzieci znajomość obrazów klinicznych, jak i dermoskopowych zmian barwnikowych jest kluczowa dla postawienia szybkiej i prawidłowej diagnozy.

**Wniosek:** Przypadek pacjenta wskazuje, iż nawet przy braku czynników ryzyka (młody wiek, ujemny wywiad rodzinny), w obecności jakichkolwiek wątpliwości, ważna jest dociekliwość lekarza, a także dobra współpraca zespołu lekarzy kilku specjalności.

## DERMOSKOPIA W DERMATOONKOLOGII: ZŁOŚLIWE NOWOTWORY SKÓRY: RAK PODSTAWNOKOMÓRKOWY, RAK KOLCZYSTOKOMÓRKOWY, INNE

### CZERNIAK CZY PODRAŻNIONA BRODAWKA ŁOJOTOKOWA — OBRAZ NIE ZAWSZE OCZYWISTY — OPIS PRZYPADKU MELANOMA MALIGNUM OR IRRITATED SEBORRHEIC KERATOSIS — THE PICTURE IS NOT ALWAYS OBVIOUS — A CASE REPORT

Aleksandra Jonkis, Katarzyna Małkińska, Anna Michalak-Stoma, Dorota Krasowska

SPSK nr 1, Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej w Lublinie

**Wstęp:** Czerniak jest nowotworem złośliwym, wywodzącym się z melanocytów. Obserwuje się wzrastającą zachorowalność na czerniaka skóry w ostatnich 30 latach. Jego rozpoznawalność zwiększyła się dzięki coraz powszechniej stosowanym badaniom dermoskopowym. U wielu chorych czerniak nadal wykrywany jest zbyt późno. Obraz czerniaka powinniśmy różnicować ze znamionami melanocytowymi, guzami naczyńowymi oraz guzami nabłonkowymi, do których zaliczamy brodawkę łojotokową. Brodawka łojotokowa jest łagodnym nowotworem skóry, najczęściej lokalizuje się w obrębie skóry tułowia, jej powierzchnia jest nierówna, brodawkowata, z masami rogowymi. Ze względu na swoją wielkość brodawki mogą łatwo ulegać podrażnieniu, a nawet urazowi.

Celem pracy jest prezentacja przypadku pacjenta z bardzo licznymi brodawkami łojotokowymi, u którego badanie dermoskopowe pozwoliło na identyfikację potencjalnie złośliwej zmiany.

**Opis przypadku:** Pacjent 83-letni został skierowany przez lekarza rodzinnego z powodu uogólnionego świądu skóry trwającego od około pół roku. W wywiadzie pacjent podawał intensywną ekspozycję na promieniowanie słoneczne w związku z wykonywaną pracą (radionawigator morski) oraz o charakterze rekreacyjnym, nigdy nie stosował fotoprotekcji. Podczas badania klinicznego poza licznymi grudkami i przeczosami, u chorego stwierdzono na tułowiu bardzo liczne zmiany o charakterze brodawek łojotokowych. Dodatkowo

zaobserwowano podejrzaną zmianę o nieustalonym czasie trwania zlokalizowaną w okolicy łopatki lewej — guzek o zapalnym nacieczonym brzegu, z owrządzeniem, pokryty masami rogowymi. U pacjenta na podstawie badania klinicznego i dermoskopowego rozpoznano świerz. Badaniem dermoskopowym potwierdzono również rozpoznanie brodawek łojotokowych. Natomiast w obrazie dermoskopowym zmiany w okolicy łopatki lewej stwierdzono asymetrię struktur, z obecnym owrządzeniem w górnym biegunie, szaro-niebieskimi zmłeczeniami, polimorficznymi naczyniami, miejscami ze skupieniami barwnika o charakterze globul, smug. Ze względu na obraz kliniczny oraz dermoskopowy pacjent został skierowany na całkowite wycięcie zmiany z podejrzeniem czerniaka. Badanie histopatologiczne w trakcie przygotowania.

**Dyskusja:** Obraz brodawki łojotokowej jest w większości przypadków bardzo prosty do rozpoznania na podstawie obrazu klinicznego. Wielokrotnie budzi jednak niepokój pacjentów i lekarzy innych specjalizacji, szczególnie jeśli brodawka ulegnie urazowi. W takim przypadku konieczna jest ocena lekarza dermatologa i przeprowadzenie badania dermoskopowego. W sytuacji, gdy brodawek łojotokowych jest bardzo dużo należy wykazać się dużą czujnością, aby nie przeoczyć zmiany o charakterze złośliwym. Znajduje tutaj zastosowanie reguła brzydkiego kaczątka (*ugly duckling sign*) czyli znamienia, które odbiega wyglądem do pozostałych, przez co może być uznane za potencjalnie niebezpieczne. Reguła ta charakteryzuje się dość wysoką czułością w rozpoznaniu czerniaków.

**Wnioski:** 1. Dermoskopia jest przydatnym narzędziem w diagnostyce zmian zarówno barwnikowych, jak i infekcyjnych (pasożytniczych). 2. Podczas badania lekarskiego konieczna jest ocena całej skóry pacjenta i zwrócenie szczególnej uwagi na zmiany różniące się swoim wyglądem od pozostałych. 3. Stwierdzenie w badaniu dermoskopowym owrządzenia, szaroniebieskich zmłeczeń, polimorficznych naczyń, skupisk barwnika (globule) oraz smug było powodem skierowania pacjenta do wycięcia zmiany w Poradni Chirurgicznej.

**OBRAZ DERMOSKOPOWY PRZERZUTÓW CZERNIAKA DO SKÓRY — OPIS PRZYPADKU**  
**DERMOSCOPIC FEATURES OF CUTANEOUS METASTASES OF MALIGNANT MELANOMA — CASE REPORT**

Klaudia Dopytalska, Agnieszka Ruta, Dagmara Filipiak, Irena Walecka  
*Klinika Dermatologii CMKP/CSK MSWiA w Warszawie*

**Wstęp:** Czerniak skóry to nowotwór złośliwy wywodzący się neuroektodermalnych komórek melanocytowych o współczynniku zachorowalności 5/100 000 w Polsce. W piśmiennictwie częstość przerzutów czerniaka do skóry waha się od 2 do 20% przypadków. Najczęściej występują przerzuty satelitarne (do 2 cm od pierwotnego ogniska) oraz przerzuty in transit (w odległości ponad 2 cm od ogniska pierwotnego, znajdujące się przed regionalnym spływem węzłów chłonnych), rzadziej przerzuty odległe. Obraz kliniczny oraz dermoskopowy przerzutów czerniaka do skóry jest różnorodny, a jednoznaczne kryteria dermoskopowe nie zostały określone.

**Opis przypadku:** 74-letnia pacjentka po wycięciu czerniaka podudzia prawego (stadium zaawansowania pT3b, grubość nacieku według Breslowa 2,5 mm) oraz limfadenektomii pachwinowej prawostronnej z powodu przerzutów, zgłosiła się na kontrolę dermoskopową. Po 8 miesiącach od usunięcia pierwotnego ogniska czerniaka, wokół blizny oraz w bliźnie po wycięciu węzłów chłonnych pachwinowych prawych pojawiły się liczne zmiany rumieniowo-guzkowe. W badaniu dermoskopowym stwierdzono obecność polimorficznych naczyń krwionośnych — serpentynowatych, kłębuszkowatych, śrubowatych, w kształcie nieregularnych linii, na homogenym różowym tle. Badanie histopatologiczne potwierdziło podejrzenie przerzutów czerniaka do skóry. Obecnie pacjentka jest w trakcie leczenia dabrafenibem w skojarzeniu z trametynibem.

**Dyskusja:** Celem pracy jest zaprezentowanie obrazu dermoskopowego przerzutów czerniaka do skóry. W literaturze przerzuty czerniaka do skóry charakteryzują się różnorodnym obrazem klinicznym i dermoskopowym. Zwykle występują pod postacią grudek i guzków, obecnych pojedynczo lub w skupiskach. Mogą być to zmiany barwnikowe lub bezbarwnikowe. W obrazie dermoskopowym najczęściej występuje wzorzec bezstrukturalny. W niektórych przypadkach stwierdza się obecność niebieskich, szarych lub brązowych grudek. W przerzutach czerniaka do skóry najczęściej obserwuje się naczynia polimorficzne w tym naczynia typu kropki, serpentynowate, kłębuszkowate, śrubowate, w kształcie pętli lub nieregularnych linii.

**Wnioski:** Dermoskopia stanowi użyteczną metodę diagnostyczną pomocną w rozpoznawaniu przerzutów czerniaka do skóry. Pacjenci z czerniakiem w wywiadzie wymagają regularnych kontroli dermoskopowych.

**OCENA DERMOSKOPOWA PRZERZUTÓW DO SKÓRY W PRZEBIEGU RAKA ŻOŁĄDKA**  
**DERMOSCOPIC ASSESSMENT OF CUTANEOUS METASTASES IN THE COURSE OF GASTRIC CANCER**

Jerzy Wydmański<sup>1</sup>, Grażyna Kamińska-Winciorek<sup>2</sup>, Agata Widera-Stanek<sup>3</sup>, Mirosław Strączyński<sup>4</sup>, Mariusz Kryj<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Zakład Radioterapii, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

<sup>2</sup> Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

<sup>3</sup> Zakład Patologii Nowotworów, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

<sup>4</sup> Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

**Wstęp:** Intensywne leczenie onkologiczne chorych na raka żołądka pozwala na istotne wydłużenie przeżycia. W przebiegu leczenia obserwuje się ujawnienie przerzutów raka w nietypowych lokalizacjach, takich jak mózg i skóra. Celem pracy jest przedstawienie obrazu dermoskopowego przerzutów do skóry, które wystąpiły w przebiegu raka żołądka.

**Opis przypadku:** Przedmiotem analizy jest przypadek 62-letniego mężczyzny chorego na raka połączenia żołądkowo-przełykowego. W pobranych wycinkach stwierdzono komórki gruczolakoraka. W badaniach dodatkowych wykluczono rozsiew nowotworu. Ze względu na niedrożność górnego odcinka przewodu pokarmowego, w trybie pilnym chory został zakwalifikowany do laparotomii zwiadowczej, w czasie której stwierdzono nieresekcyjnego guza wpustu. Następnie zastosowano radykalną radioterapię na obszar guza wpustu i regionalne węzły chłonne, 45 Gy w 25 frakcjach, skojarzoną z monochemioterapią 5-fluorouracylu w dawkach 325 mg/m<sup>2</sup> przez 5 dni w pierwszym i ostatnim tygodniu leczenia. Po radiochemioterapii uzyskano częściową regresję guza i ponownie zakwalifikowano chorego do operacji. Wykonano resekcję górnej żołądka z brzuszną częścią przełyku wraz z zespoleniem przełykowo-żołądkowym oraz mikrojejunostomię. Stopień zaawansowania patologicznego gruczolakoraka typu jelitowego G3 wyniósł: yT3N2 R1. Po operacji chory otrzymał 3 cykle chemioterapii według schematu LF1. Leczenie przerwało ze względu na rozpoznanie przerzutu do mózgowia (13 miesięcy od rozpoznania choroby). Zastosowano radioterapię stereotaktyczną na obszar przerzutu w dawce jednorazowej 18 Gy. Dwa miesiące później stwierdzono mnogie, bolesne guzki barwy cielistej i różowej o średnicy od 1 do 2 centymetrów zlokalizowane w skórze i tkance podskórnej. Obraz dermoskopowy przedstawiał obecność licznych naczyń linijnych zakrzywionych, rozmieszczonych jednorodnie w obrębie żywoczerwonego podłoża. W badaniu cytologicznym guzów skóry stwierdzono przerzuty gruczolakoraka. Ze względu na dolegliwości bólowe zastosowano paliatywną radioterapię na wybrane, bolesne guzki przerzutowe do skóry. Chory zmarł 19 miesięcy od rozpoznania raka żołądka.

**Dyskusja:** Polimorficzne naczynia widoczne w dermoskopii przerzutowych guzków pochodzących z nowotworów przewodu pokarmowego opisano po raz pierwszy w 2013 roku — zaprezentowano wówczas obrazy dermoskopowe guzka siostry Mary Joseph w obrębie skóry pępka, które w badaniu histopatologicznym zostały zidentyfikowane jako gruczolakorak przerzutowy. Także w dermoskopii przerzutów okołostomijnych gruczolakoraka okrężnicy uwidocznił szereg losowo ułożonych, polimorficznych naczyń i nieregularnych białoróżowych struktur. Obecność polimorficznych naczyń, w prezentowanym przez nas przypadku w postaci licznych naczyń linijnych zakrzywionych jest najprawdopodobniej najczęściej występującą cechą dermoskopową skórnych przerzutów złośliwych nowotworów przewodu pokarmowego.

**Podsumowanie:** Dermoskopia jest cenną metodą oceny guzów skóry, która pozwala na odróżnienie przerzutów nowotworowych od guzów łagodnych.



# DERMOSKOPIA W DERMATOONKOLOGII: CHŁONIAKI SKÓRY

## DERMOSKOPIA JAKO METODA WSPOMAGAJĄCA Wczesne Rozpoznanie Wznowy Chłoniaka z Komórek Płaszczka z Wtórny Zająciem Skóry Głowy — Opis Przypadku

Ryszard Swoboda, Grażyna Kamińska-Winciorek, Magdalena Jaworska, Sebastian Giebel

Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

**Wstęp:** Skóra głowy jest potencjalną lokalizacją dla rozwoju łagodnych i złośliwych zmian nowotworowych. Choroby limfoproliferacyjne mogą umiejscawiać się w skórze zarówno jako zmiany pierwotne, jak i wtórne w przebiegu uogólnionej choroby nowotworowej. Dermoskopia jest nieinwazyjną metodą diagnostyczną umożliwiającą nie tylko ustalenie wstępnego rozpoznania, ale również ocenę efektów leczenia większości zmian skórnych. Chłoniak z komórek płaszczka (MCL, ang. *mantle cell lymphoma*) jest rzadkim agresywnym chłoniakiem, który najczęściej manifestuje się jako uogólniona limfadenopatia z dość częstym zajęciem szpiku kostnego, śledziony, przewodu pokarmowego oraz pierścienia Waldeyer'a. W rzadkich przypadkach nacieki chłoniaka stwierdza się w innych narządach, takich jak płuca, ośrodkowy układ nerwowy, wątroba czy skóra.

**Opis przypadku:** W pracy przedstawiono aspekty kliniczno-dermoskopowe terapii guza w obrębie skóry owłosionej głowy potwierdzonego w badaniu histopatologicznym jako MCL. Pacjent 74-letni z rozpoznaniem w 2015 roku MCL z limfadenopatią w klatce piersiowej i jamie brzusznej oraz kilkoma zmianami guzowatymi na skórze głowy uzyskał całkowitą remisję choroby po leczeniu immunochemioterapią R-CHOP (rytuksymab, cyklofosfamid, doxorubicyna, winkrystyna, prednizon). Podczas stosowanej terapii podtrzymującej rytuksymabem pojawił się pojedynczy guz w obrębie skóry owłosionej głowy. W badaniu dermoskopowym ogniska uwidoczniono liczne, krótkie, cienkie naczynia liniowe, o chaotycznym rozmieszczeniu z ich progresją i tworzeniem grubszych teleangiektazji. Badanie histopatologiczne potwierdziło rozpoznanie MCL. Po terapii drugiej linii za pomocą schematu R-B (rytuksymab, bendamustyna) uzyskano remisję choroby z całkowitym zanikiem guza oraz ustąpieniem uprzednio opisywanych naczyń w obrazie dermoskopowym.

**Dyskusja:** Zającie skóry głowy w przebiegu schorzenia limfoproliferacyjnego nie należy do częstych objawów. Zgodnie z naszą wiedzą, do tej pory opisano tylko jeden przypadek zajęcia skóry głowy w przebiegu chłoniaka z komórek płaszczka. W prezentowanym przypadku dermoskopia stanowiła dodatkowe narzędzie diagnostyczne do wstępnego rozpoznania oraz monitorowania stanu miejscowego u pacjenta w trakcie terapii podtrzymującej MCL. Obraz dermoskopowy opisanego przypadku może być podobny do obrazu łagodnych wrodzonych malformacji żylnych z krótkimi, cienkimi teleangiektazjami, błędnymi zwykle pod wpływem niewielkiego ucisku, ziarniniaka naczyniowego (bez obecności naczyń) lub naczyniakomięsaka (objaw pary wodnej oraz liczne odcienie fioletowo-czerwone). Obecność liniowych naczyń i teleangiektazji może również sugerować rozpoznanie przerzutowego czerniaka.

**Wnioski:** Choroby limfoproliferacyjne powinny być uwzględnione w diagnostyce różnicowej guzów skóry głowy, pomimo ich rzadkiego umiejscowienia w tej lokalizacji. Badanie dermoskopowe jest pomocne zarówno we wstępnej diagnostyce, jak i we wczesnym wykrywaniu wznowy uogólnionych chłoniaków z wtórnym zajęciem skóry.

## PREZENTACJA KLINICZNO-DERMOSKOPOWA ZMIAN SKÓRNYCH U PACJENTKI Z POZAWĘZŁOWYM CHŁONIAKIEM STREFY BRZEŻNEJ TYPU MALT POPRZEDZAJĄCYCH PROGRESJĘ CHOROBY CLINICAL-DERMATOSCOPIC PRESENCE SKIN LESIONS OF A PATIENT WITH EXTRANODAL MARGINAL ZONE LYMPHOMA OF A MALT TYPE PREVIOUSLY FOR A DISEASE PROGRESSION

Anna Kwiatkowska-Pamuła, Grażyna Kamińska-Winciorek, Ryszard Swoboda, Sebastian Giebel

Klinika Transplantacji Szpiku i Onkologii, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

**Wstęp:** Pozawęzłowy chłoniak strefy brzeżnej typu MALT (*mucosa associated lymphoid tissue*) jest chłoniakiem niezziarnicznym z limfocytów B. Transformacja nowotworowa dotyczy strefy brzeżnej grudek chłonnych, a w tym typie chłoniaka, utkania chłonnego w błonie podśluzowej. Chłoniaki MALT stanowią około 8% zachorowań na nowotwory limfoproliferacyjne. **Cel:** Przedstawiono przypadek pacjentki z pozawęzłowym chłoniakiem strefy brzeżnej typu MALT ślinianki przyusznej z współistniejącym zespołem Sjögrena oraz zmianami skórnymi poprzedzającymi wznowę choroby w ujęciu kliniczno-dermoskopowym.

**Opis przypadku:** 45-letnia pacjentka z rozpoznaniem pozawęzłowego chłoniaka strefy brzeżnej MALT w zaawansowaniu Ann-Arbor IVA i IPS-2, leczona w Klinice Transplantologii i Onkologii Centrum Onkologii — Instytut w Gliwicach. Od 2010 roku u chorej występowały nawrotowe stany zapalne ślinianek, bóle stawów nadgarstkowych i paliczkowych oraz objaw Raynauda. W kwietniu 2013 rozpoznano zespół Sjögrena, a w listopadzie 2013 stwierdzono obecność guza w rzucie ślinianki przyusznej lewej. W badaniu histopatologicznym usuniętej zmiany rozpoznano pozawęzłowego chłoniaka strefy brzeżnej z komórek B typu MALT, a w PET/TK proces rozrostowy w węzłach nad- i podprzeponowych, płucach oraz podejrzenie zajęcia ślinianki przyusznej prawej. Pacjentka otrzymała 6 cykli R-CVP (Rituximab, Cyclophosphamid, Vincristinum, Prednison) uzyskując całkowitą remisję. W maju 2017 po raz pierwszy pojawiły się zmiany skórne o charakterze blaszkowatych, naciekowych ognisk zlokalizowanych w obrębie rąk, małżowin usznych oraz na pośladkach i łokciach. W dermoskopii stwierdzono obecność licznych naczyń o charakterze cienkich teleangiektazji zlokalizowanych na żywoczerwonym podłożu. W weryfikacji histopatologicznej biopsji skórnej rozpoznano leukocytoklastyczne zapalenie naczyń. W wykonanym ponownie badaniu PET/TK w celu wykluczenia wznowy, stwierdzono aktywną chorobę w węzłach chłonnych nad- i podprzeponowych, skórze i tkance podskórnej kończyn dolnych. Zastosowano drugą linię leczenia R-Be (Rituximab i Bendamustyna) uzyskując ponownie remisję potwierdzoną w PET/TK, z całkowitym ustąpieniem wszystkich dotychczas opisywanych zmian skórnych. Ze względu na nawrotowy charakter MALT pacjentka została poddana procedurze autologicznego przeszczepienia komórek macierzystych (autoHSCT).

**Dyskusja:** Chłoniak typu MALT występuje głównie w żołądku i stanowi około 50% wszystkich limfoproliferacji w tej lokalizacji. Ponadto rozwija się w: skórze, płucach, śliniankach, tarczycy i gruczole piersiowym. Jest najczęstszym chłoniakiem rozwijającym się w obrębie ślinianek przyusznych. Proces zapalny spowodowany przez *Helicobacter pylori*, *Camphylobacter jejuni*, *Borrelia burgdorferi*, *Chlamydia psittaci* czy wirus zapalenia wątroby typu C powodują proliferację monoklonalnych limfocytów i rozwój chłoniaka. Istnieją również związki występowania chłoniaków MALT łącznie z chorobami autoimmunologicznymi takimi jak: choroba Hashimoto czy zespół Sjögrena. Zachorowalność na chłoniaki w grupie pacjentów z zespołem Sjögrena wzrasta o 40%. Chłoniaki typu MALT to choroby o indolentnym-łagodnym przebiegu. Znane są przypadki transformacji do agresywnego chłoniaka z dużych limfocytów B. Zapalenie naczyń jako objaw parenoplastyczny pojawia się w skórze, nerkach czy płucach i może towarzyszyć zespołom limfoproliferacyjnym. Za powstawanie zmian zapalnych są najprawdopodobniej odpowiedzialne antygeny nowotworowe chłoniaka, a zmiany skórne typu *vasculitis* częściej występują w chorobie opornej i nawrotowej.

**Wnioski:** Występowanie chłoniaków strefy brzeżnej związane jest z przewlekłymi stanami zapalnymi wywołanymi czynnikami infekcyjnymi oraz autoimmunologicznymi. W związku z paraneoplastycznym charakterem pojawiające się zmiany o charakterze zapalenia naczyń należy zawsze rozpatrywać w kontekście zaostżenia choroby lub wznowy.

**DERMOSKOPOWA OBSERWACJA ZMIAN SKÓRNYCH W PRZEBIEGU ZIARNIANKA GRZYBIASTEGO ORAZ ZESPOŁU SEZARY'EGO PO ALLOGENICZNYM PRZESZCZEPNIENIU KRWIOTWÓRCZYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH — SERIA PRZYPADKÓW**  
**DERMOSCOPIC FOLLOW-UP OF SKIN LESIONS IN THE COURSE OF MYCOSIS FUNGOIDES AND SEZARY SYNDROME AFTER ALLOGENEIC HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION — CASE SERIES' STUDY**

Grażyna Kamińska-Winciorek, Anastazja Szlauer, Włodzimierz Mendrek, Sebastian Giebel

Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

**Wstęp:** Ziarniak grzybiasty (*mycosis fungoides*, MF) jest najczęstszym typem monoklonalnej proliferacji T-komórkowej pierwotnie zajmującej skórę. Najczęściej charakteryzuje się wieloletnim, powolnym przebiegiem. Różnicowanie MF z zespołem Sezary'ego (SS) wymaga uwzględnienia obrazu klinicznego — zespół Sezary'ego definiowany jest jako współwystępowanie erytrodermii, uogólnionej limfadenopatii oraz obecności klonalnych komórek T w skórze, węzłach chłonnych lub krwi obwodowej. Do wskazań do allogenicznego przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych (alloHSCT, *allogeneic hematopoietic stem cell transplantation*) u pacjentów z pierwotnie skórny chłoniakiem T-komórkowym należą zaawansowana choroba oraz oporność na dotychczas stosowane terapie. W literaturze opisano charakterystyczne cechy dermoskopowe wczesnych postaci MF do których należą krótkie naczynia linijne, struktury naczyniowe plemnikiopodobne oraz pomarańczowo-żółte plamiste obszary. W postaci poikilodermicznej MF w dermoskopii opisano obecność licznych, poligonalnych struktur złożonych z płacikowato rozmieszczonych ziarnistości z białymi smugami oraz naczynia typu kropek barwy czerwonej oraz naczynia typu spinek do włosów. Dotychczas nie zdefiniowano cech dermoskopowych zmian skórnych w zespole Sezary'ego oraz nie przedstawiono w obserwacji dermoskopowej ewolucji zmian w przebiegu skórnego chłoniaka z komórek T po alloHSCT.

**Opis przypadków:** W pracy przedstawiono charakterystykę kliniczno-dermoskopową zmian skórnych potwierdzonych w badaniu histopatologicznym jako MF oraz SS u 3 pacjentów leczonych w Klinice Transplantacji Szpiku i Onkohematologii badanych z wykorzystaniem dermoskopii w okresach przed i po procedurze alloHSCT. U 2/3 pacjentów w kondycjonowaniu stosowano protokół dla skórnych chłoniaków T-komórkowych (*total skin irradiation* i *total lymphoid irradiation*) dawką 12 Gy wraz z deplecją T-komórkową z wykorzystaniem globuliny antytymocytarnej. Dawca był zgodny niespokrewniony. Rekonstrukcja układu białokrwinkowego (bezwzględna liczba neutrofilii > 0,5 G/l) następowała w 12.–14. dniu po przeszczepieniu. Leczenie kondycjonujące tolerowane było dobrze; występowały stany gorączkowe oraz powikłania infekcyjne. W analizie dermoskopowej cech występujących w ogniskach chłoniaka uwzględniono: morfologię i rozmieszczenie naczyń, barwę i rozmieszczenie złuszczenia, barwę podłoża, morfologię (pola bezstrukturalne, ziarnistości/ciałka, linie itd.). W aktywnej chorobie (MF) stwierdzono żywoczerwone zabarwienie podłoża z obecnością licznych naczyń typu kropek (globule) o jednolitym rozmieszczeniu. Ponadto widoczne było nasilone złuszczenie barwy białej, rozmieszczone centralnie. W fazie ustępowania stwierdzono zmianę morfologii naczyń, które stały się linijne zakrzywione, o układzie nieregularnym. W zespole Sezary'ego natomiast widoczne były dodatkowo białe struktury w formie rozet.

**Dyskusja:** Rozpoznanie MF może nastęrczać trudności — szczególnie w przypadku wczesnego stadium, które należy różnicować z dermatozami takimi jak wyprysk, przyłuszczyca, łuszczyca plackowata czy też grzybica skóry. Szczególne wyzwanie stanowi jednak różnicowanie kliniczno-dermoskopowe potencjalnej wznowy MF od innych zmian skórnych mogących wystąpić po alloHSCT, wliczając również ostrą i przewlekłą chorobę przeszczep przeciwko gospodarzowi czy skórne manifestacje reaktywacji infekcji wirusami opryszczki, wirusa Epstein-Barr lub cytomegalii.

**Wnioski:** Dermoskopia może stanowić dodatkowe, cenne narzędzie we wstępnym różnicowaniu zmian rumieniowo-złuszczeniowych oraz obserwacji ich ewolucji (ustępowanie czy też progresja) w grupie pacjentów z rozpoznaniem skórnym chłoniakiem T leczonych alloHSCT.

## DERMOSKOPIA ŁAGODNYCH ZMIAN NIEMELANOCYTARNYCH

**ZASKÓRNIK OLBRYMI TARCZOWATY IMITUJĄCY KLINICZNIE GUZKOWĄ POSTAĆ RAKA PODSTAWNOKOMÓRKOWEGO: OPIS PRZYPADKU**  
**TARGETOID MEGACOMEDO MIMICKING NODULAR BASAL CELL CARCINOMA: CASE REPORT**

Polska Grupa Dermoskopowa: Paweł Pietkiewicz

Poradnia Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej I, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

**Wstęp:** Zaskórnik olbrzymi jest częstą łagodną zmianą występującą u osób w starszym wieku. Mechanizm powstawania zaskórnika olbrzymiego związany jest wytworzeniem czopu rogowo-łojowego, który zwykle posiada ciemne zabarwienie (czarny, czarno-niebieski, brązowy). Przy zachowanej produkcji łoju, zamknięcie przewodu wyprowadzającego przymieszekowego gruczołu łojowego skutkuje jego poszerzeniem z wytworzeniem zmiany guzkowej. Zaskórnik olbrzymi bywa powodem obaw pacjenta i lekarza o tło nowotworowe, które mogą być dodatkowo wzmożone w przypadku pojawienia się dodatkowych kolorów w obrębie guzka.

**Opis przypadku:** 76-letnia kobieta zgłosiła się do lekarza rodzinnego z powodu obecności czarno-czerwonego guzka 5 mm średnicy, zlokalizowanego w obrębie skóry karku i niedającego dolegliwości. Pacjentka nie potrafiła określić precyzyjnie okresu pojawienia się zmiany. Z podejrzeniem zmiany nowotworowej została skierowana do poradni chirurgii onkologicznej celem usunięcia zmiany. W obrazie dermoskopowym stwierdzono obecność centralnej brązowawej grudki, otoczonej niebiesko-białawym obszarem bezstrukturalnym. Całą zmianę otaczał bezstrukturalny obszar koloru różowo-czerwonego z zaznaczoną czerwono-brązową grudką, odpowiadającą nadżerce.

**Dyskusja:** Zależnie od poziomu utlenowania zmieszany z keratyną łój może przyjmować kolor od białego przez brązowy aż po niebieski. Ota-

czający zmianę lub centralnie położony bezstrukturalny obszar koloru różowo-czerwono-brązowego lub żółtawego występuje w przypadku krwiaka śródskórnego, który może pojawiać się w przypadku wyniosłych zmian narażonych na urazy. Przez analogię do ztraumatyzowanego znamienia barwnikowego (znamienia tarczowatego, *targetoid haemosiderotic naevus*) i naczyniakośródbłoniaka sieciowatego (naczyniaka tarczowatego, *targetoid haemosiderotic haemangioma*), które są opisywane przymiotnikiem „tarczowaty” proponuję nazwę zaskórnik olbrzymi tarczowaty do opisanego zaskórnika olbrzymiego otoczonego pourazowym krwakiem śródskórnym.

**Wnioski:** Zaskórnik olbrzymi otoczony krwakiem można, przez analogię do terminologii opisujących inne zmiany pourazowe, określić terminem zaskórnik olbrzymiego tarczowatego. Diagnostyka dermoskopowa może ułatwiać diagnozę chirurgowi kwalifikującemu do zabiegu.

**SYRINGOCYSTADENOMA PAPILLIFERUM U 12-LETNIEGO CHŁOPCA — OPIS PRZYPADKU**  
**SYRINGOCYSTADENOMA PAPILLIFERUM IN A 12-YEARS-OLD BOY — CASE REPORT**

Anna Kułak, Dagmara Filipiak, Ida Yurtsever, Piotr Sobolewski, Irena Walecka

Klinika Dermatologii CMKP/CSK MSWiA w Warszawie

**Wstęp:** Gruczolak potowy torbielowaty brodawkujący (SCAP, *Syringocystadenoma papilliferum*) jest rzadkim łagodnym guzem wywodzącym się z komórek gruczolów potowych apokrynowych. Klinicznie jest guzem o brodawkowatej powierzchni, zwykle pozbawionej włosów. W centrum zmiany często znajduje się przetoka, z której sączy się brunatny



płyn, mogący zasychać w strup. SCAP po włókniaku trichoblastycznym jest drugim najczęściej rozwijającym się guzem w obrębie znamienia łojowego. Występuje na owłosionej skórze głowy, twarzy, rzadziej na ramionach, okolicach pachowych i pachwinowych.

**Cel:** Przedstawienie przypadku gruczolaka potowego torbielowatego u 12-letniego pacjenta ze zmianą guzkową klatki piersiowej.

**Opis przypadku:** 12-letni chłopiec z obecnym od urodzenia guzkiem znajdującym się w obrębie klatki piersiowej. W wywiadzie od kilku lat powiększająca się zmiana, a w ostatnich miesiącach okresowo pojawiający się wyciek treści surowiczej z centrum zmiany. Klinicznie niewielki guzek z centralnym wgłębieniem, owrzodzeniem i strupem na powierzchni. W wykonanym badaniu wideodermoskopowym uwidoczono mleczno-różową, bezstrukturalną okrągłą zmianę o średnicy 6 mm, o obwałowanych brzegach, z centralnym owrzodzeniem pokrytym żółtym strupem. Na obwodzie obecne białe koła oraz liczne polimorficzne linijne naczynia krwionośne — głównie serpentynowate i śrubowate, a w bezpośrednim sąsiedztwie guzka zlokalizowane 3 mniejsze różowe, bezstrukturalne wykwyty z obecnością białych kół. W badaniu histopatologicznym stwierdzono: *Syringocystadenoma papilliferum*. Zmianę usunięto chirurgicznie w całości.

**Dyskusja:** *Syringocystadenoma papilliferum* (SCAP) jest rzadko występującym łagodnym guzem pojawiającym się zazwyczaj po urodzeniu lub we wczesnym dzieciństwie. Klinicznie może sprawiać trudności diagnostyczne ze względu na podobieństwo do raka podstawnokomórkowego, brodawki zwykłej i łojotokowej. Zalecanym postępowaniem jest usunięcie chirurgiczne zmiany.

**Wnioski:** Przedstawiony przypadek prezentuje wysoką wartość diagnostyczną nieinwazyjnych metod obrazowania rzadkich łagodnych guzów skóry.

### EGZOSTOZA PODPAZNOKCIOWA IMITUJĄCA BRODAWKĘ WIRUSOWĄ SUBUNGUAL EXOSTOSIS IMITATING VIRAL WART

Elwira Paluchowska, Iwona Czarnecka, Monika Słowińska, Witold Owczarek

Klinika Dermatologiczna WIM CSK MON w Warszawie

**Wstęp:** Obrazy kliniczne zmian podpaźnokciowych nie zawsze są jednoznaczne i mogą stanowić duży problem diagnostyczny i terapeutyczny.

**Opis przypadku:** 17-letni pacjent zgłosił się z powodu zmiany guzkowej podpaźnokciowej palucha prawego, która pojawiła się około 3 miesiące przed wizytą i w tym okresie stopniowo się powiększała unosząc płytkę paznokciową. Powierzchnia guzka wychodząca spod płytki paznokciowej była lekko brodawkująca, hiperkeratotywna. Pacjent odczuwał nieznaczne dolegliwości bólowe. Na podstawie obrazu klinicznego rozpoznano brodawkę wirusową. Wykonano częściowe łyżeczowanie hiperkeratotywnych powierzchni i krioterapię, a następnie zalecono stosowanie miejscowo 5FU w postaci lakiery. W badaniu kontrolnym po okresie 1 miesiąca zaobserwowano powiększenie zmiany. Pacjent zgłosił nasilenie dolegliwości bólowych. Makroskopowo stwierdzono twarde guzki, wyraźnie unoszący dystalną część płytki paznokciowej. W dermoskopii widoczny był gładki dość dobrze odgraniczony guzek, o porcelanowo białej powierzchni i cienkich teleangiektazjach oraz onycholiza. Ze względu na obraz kliniczny sugerujący egzostozę podpaźnokciową zalecono badanie RTG a następnie wycięcie chirurgiczne. Zarówno badanie radiologiczne jak i histopatologiczne guzka potwierdziło rozpoznanie narośli kostnej.

**Dyskusja:** Podpaźnokciowa egzostozą (pierwszy raz opisana przez Dupuytrena w 1871 roku) to łagodny chrzęstno-kostny lub kostny guzek paliczka charakteryzujący się powolnym wzrostem (w ciągu kilku tygodni do miesięcy). Jego etiologia jest nieznana. Ponad połowa przypadków dotyczy osób poniżej 20. roku życia. Nieznacznie częściej chorują kobiety. Najczęstszą lokalizacją jest powierzchnia grzbietowa paliczka dystalnego palucha. Typowa kliniczna manifestacja to twarde guzki, który unosi płytkę paznokciową, powodujący dolegliwości bólowe. Ze względu na lokalizację i obraz kliniczny, zmiana często mylona jest z brodawką wirusową, bezbarwnikowym czerniakiem, *osteochondroma*, *onychomatricoma*, guzem splotowym czy ziarniniakiem naczyniowym. W różnicowaniu należy także brać pod uwagę: raka karczostokomor-

kowego, guzki typu *fibromyoxoma* i *fibrokeratoma*. Niestety badanie dermoskopowe nie pozwala na pewne rozpoznanie, po części z powodu bardzo ograniczonego dostępu (pełne badanie jest możliwe po całkowitym usunięciu płytki paznokciowej) oraz bardzo skąpej morfologii spowodowanej głębokim umiejscowieniem zmiany (Dermoscopy of subungual exostosis: A Retrospective Study of 10 Patients; Piccolo V, Argenziano G, Alessandrini AM, Russo T, Starace M, Piraccini BM, Dermatology. 2017; 233 (1): 80-85; Dermoscopic features of subungual exostosis, Demirdag HG, Tugrul Ayanoglu B, Akay BN, Australas J Dermatol, 2018 Sep 5.). Stąd też decydujące znaczenie diagnostyczne ma badanie histopatologiczne

**Wnioski:** Zmiana okazała się łagodnym guzkiem wywodzącym się z tkanki kostnej. Stwierdzone w badaniu dermoskopowym cechy: drobne naczynia, hiperkeratoza, onycholiza — pozwoliły brać pod uwagę rozpoznanie egzostozy podpaźnokciowej, ale rozstrzygające było badanie radiologiczne i histopatologiczne.

### HEMOSYDERYCZNY WŁÓKNIK TWARDY IMITUJĄCY MIĘSAKA KAPOSIĘGO HEMOSIDEROTIC DERMATOFIBROMA IMITATING KAPOSI SARCOMA

Anna Kozera, Agnieszka Terlikowska-Brzóska, Elwira Paluchowska, Witold Owczarek

Klinika Dermatologiczna WIM CSK MON

**Wstęp:** Włókniak twarde (DF) to łagodny guz skóry, mogący powstawać nawet po niewielkim urazie, którego odmiana hemosyderotyczna występuje w około 2% przypadków. Zarówno klinicznie jak i dermoskopowo hemosyderotyczny DF może imitować czerniaki guzkowe lub znamiona błękitne, a kazuistycznie mięsaka Kaposiego.

**Opis przypadku:** 40-letnia pacjentka zgłosiła się do dermatologa z powodu utrzymującej się od około roku i stale powiększającej się zmiany guzkowej lewej okolicy zausznej. Pacjentka negocowała uraz tej okolicy jak również obecność innej zmiany w tym miejscu w przeszłości. Makroskopowo zmiana skórna miała postać spoistego guzka o średnicy około 1 cm, barwy ciemnoczerwonej z obecnością nadżerek i bliznowacenia. W badaniu dermoskopowym uwidoczono guzek o homogenym brązowym zabarwieniu z polimorficznymi naczyniami, objawem tęczy oraz punktowymi nadżerkami pokrytymi surowiczymi strupami. Z uwagi na atypowy obraz dermoskopowy zmiana została wycięta chirurgicznie i przesłana do oceny histopatologicznej. W badaniu mikroskopowym obraz odpowiadał włókniakowi twardecemu hemosyderotycznemu.

**Dyskusja:** Najczęściej klinicznie DF nie stanowią problemu diagnostycznego. Istnieje także wiele wzorców dermoskopowych pozwalających na rozpoznanie włókniaków twardych. Najtrudniejsza do rozpoznania jest jednak postać hemosyderotyczną. Charakteryzuje się ona atypowym złożonym wzorcem, polimorficznymi naczyniami i mnogością kolorów (często z komponentą niebieską, czerwoną, ciemno brązową i czarną) komponentą bezstrukturalnego obszaru imitującego regresję, które to struktury najczęściej sugerują czerniaka. W opisanym przypadku nietypowa była morfologia i lokalizacja zmiany oraz obraz dermoskopowy dla włókniaka twardego hemosyderotycznego. Opisany objaw tęczy sugerował obecność naczyń krwionośnych o dużej średnicy, na których ścianach światło dermoskopu łańamywało się tworząc gamę kolorów. Z uwagi na charakter guzkowy zmiany, jej lokalizację w obrębie głowy oraz polimorfizm naczyń z objawem tęczy — wysunięto podejrzenie mięsaka Kaposiego. Ostateczne rozpoznanie było możliwe w oparciu o badanie histopatologiczne. Warto tu również wspomnieć, że istnieje kilka odmian histologicznych włókniaków twardych — komórkowa, hemosyderotyczna, atypowa, epiteloidalna oraz głęboko włókniejaca, stąd DF może okresowo stanowić także trudność diagnostyczną dla patomorfologa.

**Wnioski:** Guzek okolicy zausznej, budzący klinicznie i dermoskopowo podejrzenie zmiany złośliwej, okazał się łagodnym guzem skóry. W tym wypadku rozpoznanie włókniaka twardego hemosyderotycznego możliwe było do podstawienia wyłącznie na podstawie badania histopatologicznego.

## DERMOSKOPIA W UJĘCIU INTERDYSCYPLINARNYM

### OD NIEMOWLĘCTWA DO WIEKU PODESZŁEGO — DERMOSKOPOWE OBRAZOWANIE STARZENIA SIĘ SKÓRY FROM INFANCY TO SENILITY — DERMOSCOPY OF SKIN AGEING

Małgorzata Dominia<sup>1</sup>, Aleksandra Lesiak<sup>1</sup>, Joanna Narbutt<sup>1</sup>, Ewa Trznadel-Grodzka<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej w Łodzi

<sup>2</sup>Specjalistyczne Gabinety Lekarskie „Dermed” w Łodzi

**Wstęp:** Starzenie się skóry to złożony proces uwarunkowany przez geny i czynniki zewnętrzne jak m.in. promieniowanie słoneczne i palenie tytoniu. Znaczna ekspozycja na promieniowanie UV powoduje przedwczesne starzenie (fotostarzenie) do objawów którego należą zaburzenia pigmentacji, głębokie zmarszczki, plamy soczewicowate i plamica starca. Stosowanymi powszechnie skalami klinicznej oceny fotostarzenia są skala Glogau i wskaźnik Monheit-Fulton. Dotychczas zaproponowano również dermoskopowe kryteria oceny fotostarzenia ujęte w skali DPAS (*Dermoscopic photoaging scale*).

**Opis przypadku:** Przedstawienie serii obrazów dermoskopowych twarzy 20 pacjentów w różnym wieku. Badani charakteryzowali się fototypami II lub III według klasyfikacji Fitzpatricka. Wykorzystano skalę DPAS i Glogau.

**Dyskusja:** W ostatnich latach w związku z wydłużaniem się średniej długości życia społeczeństwa obserwuje się wzrost zainteresowania zabiegami *antiaging* i prewencją fotostarzenia. Dermoskopia jest nieinwazyjną techniką diagnostyczną, która ma zastosowanie w ocenie zmian skórnych złośliwych i łagodnych. Zastosowanie skali dermoskopowej DPAS umożliwia dodatkowo wykrycie wczesnych oznak fotostarzenia: klinicznie niewidocznych zaburzeń pigmentacji, wczesnych plam soczewicowatych i teleangiektazji.

**Wnioski:** Dermoskopia pozwala na wcześniejsze rozpoznanie fotostarzenia się skóry niż ocena okiem nieuzbrojonym. Użycie skal dermoskopowych pozwala na bardziej dokładną ewaluację starzenia się skóry niż zastosowanie wyłącznie kryteriów klinicznych.

### DERMOSKOPIA W DIAGNOSTYCE ŚWIERZBU DERMOSCOPY IN DIAGNOSIS OF SCABIES

Magdalena Baśkiewicz-Hałas<sup>1,2</sup>, Maciej Hałas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Zakład Patologii Ogólnej, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin

<sup>2</sup>Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska, Szczecin

<sup>3</sup>Zakład Biochemii i Żywienia Człowieka, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin

**Wstęp:** Świerzb jest częstą chorobą pasożytniczą łatwą do rozpoznania w przypadkach typowych. W praktyce dermatologicznej spotyka się jednak często pacjentów z nietypowym przebiegiem choroby, u których prawidłowe rozpoznanie może być utrudnione. Dermoskopia jest coraz częściej wykorzystywana w diagnostyce chorób innych niż zmiany melanocytarne i nowotwory skóry. Stwierdzenie w badaniu dermoskopowym trójkątnej, brązowej struktury, tzw. objawu lotni, świadczącej o obecności głowy i przednich odnóży świerzbowca, a także zakrzywionych linii odpowiadających norom świerzbowcowym, może być pomocne w diagnostyce świerzbu, uzupełniając badanie kliniczne oraz badanie mikroskopowe zeszkobin naskórka.

**Cel:** Analiza roli dermoskopii w diagnostyce świerzbu.

**Materiał i metodyka:** Badaniem objęto grupę 48 pacjentów (K — 34 [70,8%], M — 14 [29,2%]) w wieku 1–88 lat (x 22,1), u których rozpoznano świerzb biorąc pod uwagę wywiad osobniczy i rodzinny, objawy podmiotowe, zmiany skórne o charakterze grudek obrzękowych w miejscach typowych, obecność nor świerzbowcowych i badanie dermoskopowe (*DermLite DL4, 3Gen; PhotoFinder, Consultronix*). Objawy choroby trwały od 1 tygodnia do 12 miesięcy (średnio 2,5 miesiąca) przed przybyciem do gabinetu dermatologicznego, w tym u 15 pacjentów (31,2%) wcześniej błędnie rozpoznano: kontaktowe zapalenie skóry, atopowe zapalenie skóry, suchość skóry, alergię pokarmową, pokrzywkę, liszajec zakaźny, ukąszenia przez pluskwy.

**Wyniki:** Spośród 48 pacjentów z rozpoznaniem świerzbu 3 pacjentów (6,3%) nie zgłaszało świądu, 12 osób (25%) miało atypowe objawy

chorobowe (dyskretne nasilenie, brak objawów w miejscach typowych), u 10 osób (20,8%) nie stwierdzono nor świerzbowcowych. W tych grupach pacjentów badaniem dermoskopowym potwierdzono obecność pasożyta odpowiednio w 3 (100%), 8 (66,6%) i 6 (60%) przypadkach. Charakterystycznych trójkątnych struktur nie stwierdzono badaniem dermoskopowym u 7/48 pacjentów (14,6%, z czego kobiety stanowiły 85,7%). Rozpoznanie świerzbu w tych przypadkach oparte na wywiadzie, objawach podmiotowych i przedmiotowych potwierdzono skuteczną terapią 5% kremem z permetryną.

**Wnioski:** 1. Badanie dermoskopowe ułatwia rozpoznanie świerzbu i przyspiesza skuteczne leczenie, co biorąc pod uwagę uciążliwość objawów chorobowych jest istotne dla pacjenta, a także ważne z punktu widzenia epidemiologicznego. 2. Stwierdzenie charakterystycznej trójkątnej struktury potwierdza zakażenie świerzbowcem, wymaga jednak od lekarza doświadczenia oraz czasu poświęconego pacjentowi

### OCENA STOPNIA EDUKACJI I CZYNNIKÓW RYZYKA NOWOTWORÓW SKÓRY ORAZ BADANIE DERMOSKOPOWE U PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁĄ CHOROBAJĄ NEREK LECZONYCH HEMODIALIZOTERAPIĄ THE LEVEL OF EDUCATION AND SKIN CANCER RISK FACTORS AND DERMOSCOPY IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE TREATED BY HEMODIALYSIS

Anna Ankudowicz<sup>1</sup>, Ewa Król<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu

<sup>2</sup>Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

**Wstęp:** Zwiększone ryzyko zachorowania na nowotwory skóry ma szczególne znaczenie w populacji pacjentów leczonych nerkozastępczo, którzy są potencjalnymi biorcami przeszczepów i u których z powodu immunosupresji przebieg choroby nowotworowej może być bardziej agresywny. Zwiększona ekspozycja na promieniowanie słoneczne, starszy wiek chorych, niski fototyp skóry charakteryzujący się zwiększoną wrażliwością na promieniowanie UV (I i II według klasyfikacji Fitzpatricka), oparzenia słoneczne w dzieciństwie, infekcja wirusem HPV oraz wieloletnie palenie papierosów to główne czynniki powodujące powstawanie nowotworów skóry. Ważnym aspektem dla pacjentów powinna być znajomość czynników ryzyka rozwoju raków skóry, edukacja w zakresie ochrony przeciwsłonecznej oraz kontrola dermatologiczna uwzględniająca dermoskopię.

**Cel:** Ocena stopnia edukacji i czynników ryzyka nowotworów skóry oraz badanie dermoskopowe u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek leczonych hemodializoterapią.

**Materiał i metodyka:** Badaniem objęto 105 chorych z przewlekłą chorobą nerek leczonych hemodializoterapią (HD) w dwóch ośrodkach nefrologicznych: Klinice Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku oraz Szpitalu El-vita w Elblągu. Oceniano znajomość czynników ryzyka nowotworów skóry na podstawie ankiety dotyczącej czynników ryzyka nowotworów skóry oraz wykonano pełną ocenę dermatologiczną stanu skóry i badanie dermoskopowe u wszystkich pacjentów.

**Wyniki:** Badaną grupę stanowiło 57 mężczyzn i 48 kobiet w wieku od 25 do 94 lat w trakcie leczenia nerkozastępczego HD, z czego 16 pacjentów znajdowało się na liście oczekujących na przeszczep nerki. 23,8% badanych zgłaszało, że często i intensywnie korzysta z promieniowania słonecznego, natomiast jedynie 11,4% badanych stosuje filtry przeciwsłoneczne podczas kąpiei słonecznych. Oparzenia słoneczne w młodości podawało 12,4% badanej populacji. Spośród chorych objętych badaniem 65,7% miało I i II fototyp skóry według klasyfikacji Fitzpatricka, natomiast 34,3% miało III fototyp skóry. W badanej populacji 55,2% deklarowało palenie papierosów: 24,8% paliło poniżej 20 paczkolet, natomiast 30,5% powyżej 20 paczkolet. Wśród badanych jedynie 2,86% potrafiło wymienić 3 czynniki ryzyka nowotworów skóry, 29,5% 2 czynniki, 60% — 1 czynnik, a 7,6% nie potrafiło podać żadnego czynnika ryzyka nowotworów skóry. W badanej populacji w badaniu dermoskopowym zaobserwowano występowanie stanów przenowotworowych i nowo-

tworów skóry. U 3,4 % badanych rozpoznano rogowacenie słoneczne, a u 4,5 % raki postawnokomorkowe skóry. Zmiany te występowały u pacjentów z II fototypem skóry według klasyfikacji Fitzpatricka.

**Wnioski:** Powyższe wyniki świadczą o nieznanym poziomie edukacji w tej grupie chorych,

co wskazuje na celowość badań przesiewowych i edukacji na temat szkodliwości promieniowania słonecznego. Istotne znaczenie ma stosowanie filtrów przeciwsłonecznych, odpowiedniej odzieży ochronnej, samokontroli skóry oraz badania dermatologicznego ze szczególnym uwzględnieniem dermoskopii.

## INNE TECHNIKI OBRAZOWANIA SKÓRY: ULTRASONOGRAFIA, KAPILAROSKOPIA, NMR, OCT ITD.

### CZY NASILENIE CZERWONEJ FLUORESCENCJI TKANEK KORELUJE ZE SKUTECZNOŚCIĄ TERAPII ALA + PDT?

#### DOES THE RED FLUORESCENCE OF TISSUE CORRELATE WITH THE EFFECTIVENESS OF ALA + PDT THERAPY?

Paulina Szczepanik-Kułał, Joanna Bartosińska, Marta Niewiedziół, Dorota Krasowska

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

**Wstęp:** Terapia fotodynamiczna (PDT, *photodynamic therapy*) jest skuteczną, bezpieczną i dobrze tolerowaną metodą leczenia wielu chorób skóry i błon śluzowych. U jej podstaw leży reakcja fototoksyczna, do której dochodzi w wyniku oddziaływania substancji fotouczulającej, np. kwasu 5-aminolewulinowego (ALA), jako prekursora związków porfiryńowych, ze światłem o odpowiedniej długości fali. Prowadzi to do akumulacji i reakcji wzbudzenia cząsteczek protoporfiryny IX (PpIX) w komórkach naskórka, przekształcenia obecnego w tkankach tlenu do reaktywnych form, niszczących nieprawidłowe komórki w mechanizmie utleniania. Ilość skumulowanej PpIX w obrębie chorobowo zmienionych tkanek mierzy się nasileniem czerwonej fluorescencji, która niewątpliwie może mieć wpływ na skuteczność metody ALA + PDT.

**Cel:** Celem pracy była ocena akumulacji ALA w chorobowo zmienionych tkankach przy zastosowaniu lampy diodowej. Oceniano także, czy akumulacja PpIX w tkankach ma wpływ na skuteczność PDT.

**Materiał i metodyka:** Pacjentów z rozpoznaniem rogowacenia słonecznego i brodawek wirusowych kwalifikowano do leczenia po uzyskaniu świadomej, pisemnej zgody. Początkowo odwarstwiano nawarstwienia rogowe ze zmienionej chorobowo skóry, na którą następnie aplikowano cienką warstwę kremu z 16% kwasem ALA, przykrywaną opatrunkiem

okluzyjnym lub przyklejano gotowy, komercyjnie dostępny plaster zawierający fotouczulacz. Po upływie trzech godzin usuwano resztki preparatu jałowym gazikiem nasączonym w roztworze soli fizjologicznej lub odklejano plaster. Następnie oceniano zmienione okolice w świetle diodowym, emitowanym przez specjalną przystawkę, nakładaną na kamerę wideodermoskopu, zawierającą białe i fioletowe diody LED oraz osłonę przed światłem dziennym. Do naświetlań trwających przez 13 min i 47 sek wykorzystywano lampę sLED 630 nm  $\pm$  5nm, oddaloną od powierzchni skóry o 8 cm. Dawka napromieniania wynosiła 37 J/cm<sup>2</sup>, natężenie 60 mW/cm<sup>2</sup>. Ocena kliniczna miała miejsce zarówno przed, w czasie i bezpośrednio po naświetlaniach oraz na wizytach kontrolnych.

**Wyniki:** Po naświetlaniu światłem diodowym zmiany chorobowe, na które wcześniej nałożono fotouczulacz, dawały efekt czerwonej luminescencji, natomiast tkanki zdrowe nie wykazywały takiego świecenia i widziane były w kolorze zielonym. Usunięcie nawarstwień rogowych przed zabiegiem, wydłużenie czasu aplikacji substancji fotouczulającej oraz przeprowadzenie zabiegu w okolicy skóry głowy w porównaniu do skóry kończyn, wiązały się z bardziej nasilonym zjawiskiem fluorescencji. Brak usunięcia nawarstwień rogowych przed zabiegiem skutkowało brakiem czerwonej luminescencji. Pacjenci, u których obserwowano intensywne świecenie odczuwali znaczące dolegliwości subiektywne (pieczenie, ból i rumień) w trakcie i po naświetlaniach. Brak czerwonej fluorescencji w lampie diodowej wiązał się z nieobecnością dolegliwości i miejscowej poprawy.

**Wnioski:** Obserwowane różnice w akumulacji PpIX były zależne od lokalizacji i odpowiedniego przygotowania zmian chorobowych do PDT. Zawsze przed zabiegiem warto ocenić kumulację PpIX w tkankach, bowiem niewystarczająca akumulacja fotouczulacza może wpływać na mniejszą skuteczność zastosowanej terapii.