

**Zjazd Sekcji Forum Młodych  
Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego  
24–25.10.2019 r.**

**Streszczenia**

## PREZENTACJA PRZYPADKÓW I

### ROZSIANA POWIERZCHOWNA POROKERATOZA SŁONECZNA — OPIS PRZYPADKU

Magdalena Kutwin, Anna Woźniacka, Ewa Robak

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**Wstęp:** Porokeratozy to rzadko występująca grupa chorób o różnorodnej morfologii, których wspólną cechą jest obecność w obrazie histopatologicznym tzw. zrogowaciałych blaszek, czyli wąskich kolumn utworzonych z parakeratocytów komórek w naskórku. Klinicznie na skórze widoczne są obrączkowate ogniska z obwodową hiperkeratozą. Często spotykaną odmianą tego schorzenia jest rozsiana powierzchowna porokeratoza słoneczna.

**Cel pracy:** Omówienie obrazu klinicznego i trudności diagnostycznych nietypowego przypadku rozsianej powierzchownej porokeratozy słonecznej powikłanej hiperkeratocytami ogniskami lichenifikacji skóry będącymi wynikiem przewlekłego świądu.

**Opis przypadku:** 80-letnia chora została przyjęta do Kliniki Dermatologii i Wenerologii celem diagnostyki utrzymujących się od kilkunastu lat swędzących wykwitów skórnych pod postacią licznych, płaskich, obrączkowatych zmian barwy brązowej z hiperkeratocytą obwódką oraz ciemnoróżowych, nieznacznie uniesionych wykwitów, również z obecnością delikatnego złuszczenia na obrzeżu. Zmiany w większości zlokalizowane były na przedramionach, grzbietach rąk i podudziach, tj. głównie w miejscach odsiebnych eksponowanych na promieniowanie słoneczne. Na podstawie obrazu histopatologicznego oraz klinicznego rozpoznano u pacjentki rozsianą powierzchowną porokeratozę słoneczną.

**Wnioski:** Umiejętność diagnozowania omówionej jednostki chorobowej ma nie tylko wartość poznawczą, ale umożliwia wcześniejsze jej rozpoznanie i leczenie oraz postępowanie profilaktyczne zmniejszające ryzyko transformacji nowotworowej.

### CHOROBA BOURNEVILLE'A-PRINGLE'A U 37-LETNIEJ KOBIETY — OPIS PRZYPADKU

Karolina Kijowska<sup>1,2</sup>, Aleksandra Opalińska<sup>2</sup>, Adam Reich<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>2</sup>Zakład i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów

**Wstęp:** Stwardnienie guzowate jest rzadką chorobą nerwowo-skrórną uwarunkowaną genetycznie. U jej podłoża leży mutacja z utratą funkcji genów supresorowych TSC1 lub TSC2.

**Cel pracy:** Przedstawienie przypadku nierozpoznanego stwardnienia guzowatego u 37-letniej kobiety.

**Opis przypadku:** 37-letnia kobieta została przyjęta do Kliniki Dermatologii celem diagnostyki guzków około paznokciowych z cechami dystrofii płytek paznokciowych. W 27. roku życia u chorej w obrębie wałów paznokciowych rąk i stóp pojawiły się guzki prowadzące do deformacji płytek. We wczesnym dzieciństwie na skórze nosa oraz przyśrodkowej części policzków pojawiły się małe, rozsiane, bladobiałe guzki. W badaniu fizykalnym na skórze widoczne były liczne piegi, odbarwienia kształtu wrzecionowatego, w okolicy łędźwiowej widoczna była plama szagrynowa. Na błonie śluzowej dziąseł występowały drobne płasko-wyniosłe guzki. Z wywiadu zebranego od pacjentki wynikało, że podobne zmiany skórne występowały u matki, która zmarła w wieku 54 lat z powodów kardiologicznych. Podczas hospitalizacji w wykonanych badaniach obrazowych stwierdzono mięśniaki macicy oraz rozwojową malformację żylną w lewym płacie czołowym. Na podstawie kryteriów Gomeza rozpoznano chorobę Bourneville'a-Pringle'a: spełnione zostały 4 kryteria większe i 2 kryteria mniejsze.

**Wnioski:** Przypadek prezentujemy z uwagi na bardzo późne postawienie rozpoznania u chorej, a także brak rozpoznania u matki. Wczesne rozpoznanie umożliwia wdrożenie odpowiedniej diagnostyki i w miarę potrzeb leczenia.

**Słowa kluczowe:** stwardnienie guzowate, Choroba Bourneville'a-Pringle'a, guzki około paznokciowe

### TWARDZINA LINIJNA TYPU EN COUP DE SABRE U 2-LETNIEJ DZIEWCZYNI — OPIS PRZYPADKU

Michał Maźniak<sup>1</sup>, Aleksandra Lesiak<sup>2</sup>, Joanna Narbutt<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>2</sup>Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**Wstęp:** Twardzina linijna typu *en coup de sabre* to rzadko występujące schorzenie z grupy chorób tkanki łącznej, które zwykle lokalizuje się w okolicy czołowo-ciemieniowej lub w linii pośrodkowej głowy. Poza skórą i tkanką podskórną zajęte chorobowo mogą też być mięśnie, tkanka chrzęstna i kości.

**Cel pracy:** Przedstawienie przypadku twardziny liniowej *en coup de sabre* u 2-letniej dziewczynki.

**Opis przypadku:** Dwuletnia dziewczynka została przyjęta do Kliniki Dermatologii w Łodzi z powodu zmian rumieniowych przebiegających pionowo w linii pośrodkowej czoła oraz na policzkach. Według wywiadu zmiany pojawiły się około 6 miesięcy temu. Przy przyjęciu dziecko pozostawało w stanie ogólnym dobrym, bez cech infekcji, bez gorączki. W trakcie hospitalizacji włączono leczenie penicyliną prokainową, systemową glikokortykosteroidoterapię, metotreksat oraz terapię miejscową. W celu wykluczenia zmian w ośrodkowym układzie nerwowym wykonano MRI.

**Wnioski:** Ze względu na możliwość wystąpienia defektu kosmetycznego w przyszłości oraz powikłań neurologicznych zalecane jest jak najszybsze rozpoznanie oraz wdrożenie skutecznego leczenia.

**Słowa kluczowe:** *En coup de sabre*, twardzina linijna, twardzina u dziecka

### PĘCZERZYCA LIŚCIASTA U PACJENTA Z PODEJRZENIEM GUZA NERKI

Natalia Zając, Irena Walecka-Herniczek, Elżbieta Szymańska, Marta Wieczorek, Katarzyna Lipa

Klinika Dermatologii, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie

**Wstęp:** Pęcherzyca liściasta — jest akantolityczną chorobą pęcherzową błon śluzowych i skóry, która może jako zespół paraneoplastyczny towarzyszyć chorobie nowotworowej.

**Cel pracy:** Przedstawienie rzadkiego przypadku pęcherzyca liściastej u pacjenta z guzem nerki.

**Opis przypadku:** 67-letni pacjent przyjęty do Kliniki Dermatologii z powodu licznych nadzerek na błonach śluzowych jamy ustnej i warg oraz rozsianych pęcherzy i nadzerek na tułowiu i kończynach.

Pacjent dotychczas leczony preparatem miejscowym betametazonu i gentamycyny oraz doustnym preparatem prednizonu w dawce maksymalnej 50 mg/dobę — bez istotnej poprawy.

U pacjenta pobrano wycinek ze zmiany skórnej oraz surowicę do badania immunopatologicznego.

W badaniu immunofluorescencji pośredniej surowicy wykryto obecność przeciwciał w klasie IgG *pemhigus* (desmogleinowe) typ *foliaceus* w mianie 1:160 (substrat przelyk małpy), ponadto obecność przeciwciał *pemhigus* (desmogleinowe) w klasie IgG w mianie 1:320 (substrat przelyk świnki morskiej). W badaniu immunofluorescencji bezpośredniej — DIF wykryto obecność immunoglobulin *pemhigus* w klasie IgG oraz złożony kompleksu C3.

W badaniu USG jamy brzusznej — stwierdzono litą zmianę w nerce prawej. Poszerzono diagnostykę wykonano TK jamy brzusznej, miednicy mniejszej i klatki piersiowej — w nerce prawej uwidoczono litą zmianę wielkości 44 × 29 mm. Pacjenta skierowano do Poradni Onkologicznej. Uwzględniając obraz kliniczny, wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych oraz wynik badania immunopatologicznego ustalono rozpoznanie pęcherzyca liściastej.

Zgodnie z wytycznymi leczenia chorób pęcherzowych zdecydowano o wdrożeniu leczenia preparatem dapsonu w dawce początkowej 25 mg/dobę.

**Wnioski:** Pęcherzyca liściasta może występować jako zespół paraneoplastyczny i poprzedzać rozpoznanie choroby nowotworowej. Pogłębienie diagnostyki onkologicznej u pacjentów z chorobami pęcherzowymi może umożliwić wczesne rozpoznanie i wdrożenie celowanego leczenia.

### ZMIANY CYSTYCZNE W PRZEBIEGU TERAPII IZOTRETYNOINĄ TRĄDZIKU POSPOLITEGO WYWOŁANE ZABIEGIEM KRIOTERAPII — OPIS PRZYPADKU

Anna Słomiak-Wąsik<sup>1</sup>, Magdalena Jałowska<sup>1</sup>, Magdalena Łuczowska<sup>1</sup>, Ryszard Żaba<sup>2</sup>, Zygmunt Adamski<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup>Zakład Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

**Wstęp:** Izotretynoina jest co raz częściej używanym lekiem w terapii trądziku pospolitego. Wśród istotnych działań niepożądanych wskazywane jest utrudnione gojenie się skóry, choć dane literaturowe odnośnie bliznowacenia są niepewne. Z tego powodu zwykle nie zaleca się zabiegów laserowych, czy średniogłębokich peelingów w trakcie oraz przez minimum pół roku po retinoidoterapii.

**Cel pracy:** Celem opisu przypadku jest wskazanie możliwych powikłań dermatologicznych po zabiegach leczniczych w trakcie terapii izotretynoiną.

**Opis przypadku:** Pacjent lat 15 został przyjęty z rozpoznaniem *acne conglobata et coloidea*. Początek dolegliwości miał miejsce ok. rok wcześniej, natomiast istotne pogorszenie stanu trwało od 3 miesięcy przed hospitalizacją — wówczas włączono ambulatoryjnie leczenie izotretynoiną 20 mg/d, a dodatkowo, w trakcie powyższej retinoidoterapii, pacjent przeszedł zabieg krioterapii zmian na policzkach. W miejscach przeprowadzonego zabiegu stwierdzono obustronnie zmiany o charakterze guzowatego nacieku i tkliwych cyst na obu policzkach, ponadto obecne były liczne krosty i zaskórniki. Zdecydowano o odstawieniu izotretynoiny. Zastosowana sterydoterapia oraz intensywne antybiotykoterapia doprowadziła do stopniowej poprawy stanu dermatologicznego na przestrzeni kilku miesięcy, lecz z pozostawieniem blizn.

**Wnioski:** Mimo obecnie niepewnego wpływu izotretynoiny na bliznowacenie skóry konieczne jest zachowanie dużej ostrożności przy łączeniu terapii retinoidami z zabiegami dermatologicznymi, nawet bez przerwania ciągłości skóry; stąd wielu autorów postuluje konieczność zachowania pewnego okresu karencji.

### PSEUDOSCLERODERMA U PACJENTA Z ŁUSZCZYCĄ PLACKOWATĄ W TRAKCIE TERAPII ADALIMUMABEM — OPIS PRZYPADKU

Magdalena Salińska, Elżbieta Waszczykowska, Anna Woźniacka  
Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej, Łódź

**Wstęp:** Zespoły twardzinopodobne to schorzenia imitujące zmiany skórne w przebiegu twardziny. Zmiany w przebiegu *pseudoscleroderma* mogą być prowokowane przez różnorakie czynniki, takie jak pył krzemionkowy, rozpuszczalniki, promieniowanie rentgenowskie oraz leki.

**Cel pracy:** Przedstawiamy ten opis przypadku ze względu na możliwe działanie niepożądane leczenia adalimumabem pod postacią zmian rzekomotwardzinowych oraz problemy terapeutyczne.

**Opis przypadku:** 46-letni pacjent został przyjęty do Kliniki z powodu utrzymujących się od miesiąca stwardnień zlokalizowanych na skórze karku, szyi, pleców oraz ramion, którym towarzyszyła zmniejszona ruchomość szyi i barków. Pacjent był leczony od 2017 r. biologicznie adalimumabem z powodu łuszczycy plackowatej. W wynikach podstawowych badań laboratoryjnych (morfologia krwi, próby wątrobowe, parametry nerkowe, glikemia, jonogram) nie stwierdzono istotnych odchylenia od normy. ANA ujemne. Proteinogram prawidłowy. *Borrelia* IgM, IgG — negatywny. Pobrano dwa wycinki do badania histopatologicznego, w których stwierdzono naskórek o zachowanej konfiguracji z odcinkowym *hiperpigmentatio basalis*; skóra nieco skołagenizowana z zachowanymi przydatkami i skąpymi naciekami zapalnymi. Ze względu na brak objawu Raynauda i zmian w typowej lokalizacji dla twardziny ograniczonej oraz ujemne badania w kierunku postaci uogólnionej wykluczono twardzinę. Rozpoznano zmiany typu *pseudoscleroderma*.

Ze względu na możliwy związek pomiędzy stosowanym leczeniem adalimumabem i pojawieniem się stwardnień zdecydowano o wstrzymaniu leczenia biologicznego. Zastosowano sterydoterapię doustną metyloprednizolonem, naświetlania UVA1 oraz methotrexat 15 mg/tydz s.c. Po 3 miesiącach leczenia uzyskano jedynie niewielką poprawę kliniczną.

**Wnioski:** Zmiany stwardnieniowe wymagają różnicowania z twardziną układową i ograniczoną oraz zespołami twardzinopodobnymi. W przedstawionym przypadku stwardnienia mogły pojawić się w wyniku stosowania leku biologicznego.

### ZESPÓŁ STEVENSA-JOHNSONA WYWOŁANY NAJPIRÁWDOPODOBNIĘJ CHININĄ ZAWARTĄ W TONIKU — OPIS DWÓCH PRZYPADKÓW

Agata Zielińska, Mariusz Sikora, Małgorzata Olszewska, Lidia Rudnicka  
Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

**Wstęp:** Zespół Stevensa-Johnsona należy do ostrych reakcji śluzówko-skórnych, wywołanych przez czynniki infekcyjne lub przyjmowane leki. W przebiegu choroby dochodzi do zajęcia błony śluzowej jamy ustnej i czerwieni wargowej, lecz zmiany mogą dotyczyć również błony śluzowej narządów płciowych, jamy nosowej oraz spojówek, co nierazko przyczynia się do powstania poważnych powikłań.

**Cel pracy:** Przedstawienie dwóch pacjentów z zespołem Stevensa-Johnsona, u których czynnikiem prowokującym była chinina zawarta w napojach typu tonik.

**Opis przypadku:** Przedstawiamy przypadek dwóch mężczyzn, 21- i 22-letniego, którzy byli hospitalizowani w Klinice Dermatologicznej WUM z powodu zmian nadżerkowo-krwotocznych błon śluzowych jamy ustnej i narządów płciowych. U pacjentów dodatkowo zaobserwowano zmiany o morfologii tarczy strzeleckiej — u pierwszego na skórze gładkiej tułowia, a u drugiego na powierzchni dłoniowej rąk i podeszwach stóp. Wystąpienie zmian skórnych poprzedzone było spożyciem dużej ilości toniku. U jednego z pacjentów podobne zmiany, choć o mniejszym nasileniu pojawiły się już w przeszłości po wypiciu toniku. W leczeniu zastosowano glikokortykosteroidy ogólnoustrojowo oraz miejscowo preparaty antyseptyczne z poprawą w zakresie zmian skórno-śluzówkowych.

**Wnioski:** Przedstawione przypadki zwracają uwagę na możliwość prowokacji reakcji polekowych przez spożywanie napojów typu tonik. W 100 ml napoju może znajdować się nawet 7 mg chininy. Dotychczas w literaturze opisywano zmiany pokrzywkowate, rumień trwały oraz osutkę plamisto-grudkową wywołane tonikiem.

### INFEKcja BORRELIA BURGdorFERI u CHOROgO z CHŁONIAKIEM B-KOMÓRKOWYM LECZONEGO RYTUKSYMABEM

Anna Wojas-Pelc<sup>1</sup>, Magdalena Sarek<sup>1</sup>, Maciej Pastuszczyk<sup>1</sup>, Agnieszka Giza<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum w Krakowie

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Hematologii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum w Krakowie

Chłoniak z komórek płaszczka jest rzadką chorobą nowotworową układu chłonnego wywodzącą się z dojrzałych limfocytów B.

Pierwszym objawem bywa zazwyczaj niebolesny obrzęk szyi, pach lub pachwin, spowodowany powiększeniem węzłów chłonnych, często zajęte są także grasicą oraz lokalizacje pozawęzłowe. Wyjątkowo rzadko dochodzi do zajęcia skóry. Ma to miejsce w późnych stadiach choroby i jest złym czynnikiem rokowniczym.

Celem pracy jest przedstawienie przypadku Pacjenta z chłoniakiem z komórek płaszczka (MCL) w trakcie leczenia podtrzymującego rytuksymabem, u którego wystąpiły rozległe postępujące zmiany skórne rumieniowo-naciekowe z towarzyszącymi objawami ogólnymi, początkowo związane z chorobą podstawową. Kolejno podejrzewano tę grzybicze lub alergiczne, a ostatecznie rozpoznano mnogi rumień wędrujący. Zmiany ustąpiły po zastosowanej antybiotykoterapii ogólnej. Opierając się na danych z piśmiennictwa podjęto próbę odpowiedzi na pytanie czy u pacjentów z MCL leczonych rytuksymabem, u których rozwinęła się borelioza ma ona odmienny, cięższy przebieg kliniczny.

Rytuksymab, to monoklonalne przeciwciało skierowane p/ko limfocytom B, co skutkuje między innymi istotnym zmniejszeniem produkcji przeciwciał. Lek jest coraz częściej stosowany w praktyce nie tylko hematologicznej, ale także wśród pacjentów ze schorzeniami dermatologicznymi. Wyniki badań diagnostycznych w chorobach zakaźnych opierające się na oznaczaniu przeciwciał, u chorych leczonych rytuksymabem, mogą mieć ograniczoną wartość. W takich sytuacjach, nie wyniki badań laboratoryjnych, a szczegółowy wywiad i badanie kliniczne w powiązaniu z doświadczeniem dermatologa staje się najlepszym, o ile nie jedynym testem diagnostycznym.

### ZESPÓŁ BUSCHKEGO-OLLENDORFF — OPIS PRZYPADKU

Justyna Skibińska, Hanna Rywik, Joanna Czuwara, Mariusz Sikora

*Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa*

**Wstęp:** Zespół Buschkego-Ollendorff (*dermatofibrosis lenticularis*) jest rzadką chorobą tkanki łącznej o podłożu genetycznym. U podłoża choroby leży mutacja genu *LEMD3*, odpowiedzialnego za syntezę białek biorących udział w szlakach biochemicznych kontrolujących wzrost komórek. W obrazie klinicznym występują liczne drobne znamiona łącznotkankowe oraz osteopoikiloza (dysplazja kości).

**Cel pracy:** Prezentacja rzadkiej jednostki chorobowej jaką jest zespół Buschkego-Ollendorff oraz towarzyszących jej implikacji klinicznych.

**Opis przypadku:** Prezentujemy przypadek 2-letniej pacjentki, która zgłosiła się wraz z rodzicami do Kliniki Dermatologicznej WUM w czerwcu 2014 roku z powodu bezobjawowych żółtych spoistych grudek zlokalizowanych na skórze gładkiej powierzchni wyprostnej i bocznej stawu kolanowego prawego. W badaniu histopatologicznym wycinka pobranego ze zmian skórnych opisano akumulację włókien tkanki łącznej typowe dla zespołu Buschkego-Ollendorff. Ponadto w RTG kości stóp uwidoczono osteopoikilozę. W leczeniu zastosowano takrolimus 0,03% miejscowo uzyskując umiarkowane spłaszczenie zmian skórnych.

**Wnioski:** Prezentujemy przypadek rzadko występującej jednostki chorobowej jaką jest zespół Buschkego-Ollendorff. Warto pamiętać, iż w schorzeniu tym zmianom skórnym oraz układu kostnego może towarzyszyć zwężenie zastawki aortalnej oraz cukrzyca, co wymaga regularnej kontroli pacjenta oraz ścisłej współpracy dermatologa z lekarzami innych specjalności.

### ALERGICZNE KONTAKTOWE ZAPALENIE SKÓRY PO TATUAŻU Z CZARNEJ HENNY U 7-LETNIEGO CHŁOPCA — OPIS PRZYPADKU

Martyna Skręta-Śliwińska, Anna Woźniacka, Agnieszka Żebrowska

*Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

**Wstęp:** Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry jest najczęstszą postacią wyprysku charakteryzującą się powierzchownymi zmianami zapalnymi, powstającymi w wyniku kontaktu z alergenem. Reakcje alergiczne na czystą hennę są stosunkowo rzadko spotykane, jednak dodawane do niej substancje pomocnicze, a zwłaszcza para-fenylenodiamina (PPD), mająca właściwości silnie uczulające, zwiększają ryzyko wystąpienia alergii.

**Cel pracy:** Celem pracy jest przedstawienie przypadku wyprysku kontaktowego po tatuażu z czarnej henny u 7-letniego chłopca.

**Opis przypadku:** 7-letni chłopiec z wywiadem AZS w wieku niemowlęcym oraz okresowo nawracającym zapaleniem spojówek zgłosił

się do Poradni Przyklinicznej z powodu wyraźnie odgraniczonych, przypominających wzór skorpiona oraz smoka zmian o charakterze rumieniowo-obrzękowym z obecnością nadżerek i strupów, które były zlokalizowane w obrębie ramienia prawego oraz klatki piersiowej. Kilka dni wcześniej chłopiec przebywał na wakacjach podczas których miał wykonane dwa tatuaże z czarnej henny. Kilkadziesiąt godzin po zrobieniu tatuaży na skórze w miejscu nałożonego barwnika zaczęły pojawiać się zmiany rumieniowe, grudki wysiękowe oraz pęcherzyki. Zmianom towarzyszył uporczywy świąd oraz pieczenie. W związku z wystąpieniem objawów rodzice zaczęli stopniowo usuwać tatuaże. Włączone leki przeciwhistaminowe oraz miejscowe preparaty steroidowe pozwoliły na uzyskanie poprawy klinicznej. Obecnie na skórze obserwowane są przebarwienia.

**Wnioski:** Autorzy chcą zwrócić uwagę, że nadwrażliwość na PPD i pokrewne związki wywołane tymczasowymi tatuażami z czarnej henny jest istotnym problemem. Aktualnie obserwujemy zwiększoną częstość wykonywania tego typu zabiegów, a co za tym idzie wzrost występowania alergii kontaktowej. Istotne jest informowanie i edukowanie pacjentów, a zwłaszcza nastolatków i rodziców młodszych dzieci o ryzyku jakie może nieść ze sobą wykonanie tymczasowego tatuażu z henny.

### NIETYPOWA MANIFESTACJA ZAPALENIA NACZYŃ W PRZEBIEGU KRIOGLOBULINEMII U PACJENTA Z PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĄ LIMFOCYTOWĄ

Adrianna Liberska-Nobis, Klaudia Dopytalska, Marek Roszkiewicz, Elżbieta Szymańska, Irena Walecka

*Klinika Dermatologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego / Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa*

**Wstęp:** Zapalenie naczyń związane z krioglobulinemią to układowa choroba tkanki łącznej o różnorodnej etiologii i szerokim spektrum objawów. Charakteryzuje się obecnością we krwi krioglobulin, które odkładają się w naczyniach organizmu przy niskiej temperaturze. Mogą pojawiać się wtórnie do zakażeń wirusowych (WZWC, WZWB, HIV), bakteryjnych, pasożytniczych, chorób limfoproliferacyjnych oraz autoimmunologicznych. Do najczęstszych skórnych manifestacji choroby należą zmiany typu plamicy uniesionej, zlokalizowane na kończynach dolnych oraz pośladkach, skłonność do objawu Raynauda, a także sinica kończyn. Objawy nasilają się pod wpływem zimna, niekiedy prowadząc do powstawania owrzodzeń kończyn dolnych, czy martwicy palców.

**Cel pracy:** Przedstawienie nietypowego obrazu klinicznego zapalenia naczyń związanego z krioglobulinemią u pacjenta z przewlekłą białaczką limfocytową.

**Opis przypadku:** 74-letni pacjent w okresie progresji przewlekłej białaczki limfocytowej, leczony preparatem chlorambucylu i prednizonu przyjęty do Kliniki Dermatologii z powodu zmian rumieniowo-naczyniowych z obecnością nadżerek i martwicy w zakresie tułowia, ud, twarzy oraz małżowin usznych. W wykonanych badaniach laboratoryjnych stwierdzono leukocytozę (124,71 tys./ $\mu$ l), niedokrwistość makrocytarną, retikulocytozę; podwyższone stężenie:  $\beta$ 2-mikroglobuliny, D-dimerów, LDH, obniżone: C3, C4, stężenie białka całkowitego, albuminy, alfa2-globuliny, beta2-globuliny i gamma-globuliny, obecność krioglobulin w surowicy. W badaniu histopatologicznym zmian skórnych obraz odpowiada zapaleniu naczyń małego kalibru. Biorąc pod uwagę obraz kliniczny, wyniki badań laboratoryjnych oraz histopatologicznego postawiono rozpoznanie zapalenia naczyń związanego z krioglobulinemią. **Wnioski:** Różnorodny obraz kliniczny zapalenia naczyń w przebiegu krioglobulinemii wymaga każdorazowo poszerzenia diagnostyki w kierunku chorób infekcyjnych, hematologicznych oraz chorób tkanki łącznej.

## PREZENTACJA PRZYPADKÓW II

### ŚWIERZB U DZIECI JAKO PROBLEM DIAGNOSTYCZNY — PRZEGLĄD PRZYPADKÓW

Aneta Gruchała, Mirosława Kuchciak-Brancewicz, Aleksandra Lesiak

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

**Wstęp:** Świerzb jest chorobą zakaźną wywołaną przez pajęczaką — świerzbowca ludzkiego. Do zakażenia najczęściej dochodzi poprzez bezpośredni kontakt (15–20 minut), rzadziej za pośrednictwem przedmiotów. Cechą charakterystyczną jest świąd, nasilający się w porze nocnej. Typowymi zmianami są nory świerzbowcowe obecne w warstwie rogowej naskórka. Ponadto można zaobserwować grudki, pęcherzyki,

przeczosi, nadżerki, ogniska spryszczenia i nadkażenia bakteryjnego. Zmiany najczęściej występują w przestrzeniach międzypalcowych, na zgięciowej powierzchni nadgarstka, na dłoni i podszewkach oraz w okolicy narządów płciowych. W niektórych przypadkach rozpoznanie świerzbu bywa trudne. O rozpoznaniu oraz włączeniu odpowiedniego leczenia zazwyczaj decyduje obraz kliniczny oraz dane z wywiadu, gdyż znalezienie pasożyta nie jest łatwe. Wystąpienie podobnych objawów u członków rodziny, może pomóc w ustaleniu prawidłowego rozpoznania. Świerz b może naśladować wiele chorób: atopowe zapalenie skóry, łojotokowe zapalenie skóry, kontaktowe zapalenie skóry, pokrzywkę barwnikową bądź mastocytoma.

**Cel pracy:** Celem opisu jest pokazanie trudności diagnostycznych zakażenia świerzbowcem u dzieci.

**Opis przypadku:** W pracy dokonano analizy przypadków nieskutecznego leczenia ambulatoryjnego zmian skórnych u pięcioro dzieci, które następnie były hospitalizowane w oddziale dermatologicznym. W każdym z przypadków rozpoznanie świerzbu zostało postawione podczas hospitalizacji (po kilku tygodniach a nawet miesiącach od pojawienia się pierwszych zmian). Po zastosowaniu leczenia przeciwświerzbowcowego obserwowano zmniejszenie świądu skóry oraz stopniową redukcję zmian skórnych.

**Wnioski:** Nieleczony świerz b może trwać miesiącami. Wdrożenie odpowiedniego leczenia, powoduje całkowite ustąpienie choroby w krótkim czasie. W przypadku wątpliwości diagnostycznych oraz nieskuteczności leczenia, warto pomyśleć o zastosowaniu u pacjenta terapii przeciwświerzbowcowej.

### DEMODEKOZA U PACJENTA Z CHOROBA LĘŚNIEWSKIEGO-CROHNA LECZONEGO INFLIKSYMABEM

Michał Niedźwiedź<sup>1</sup>, Małgorzata Skibińska<sup>2</sup>, Maria Wiśniewska-Jarosińska<sup>3</sup>, Anita Gąsiorowska<sup>3</sup>, Joanna Narbutt<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>2</sup>Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>3</sup>Klinika Gastroenterologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**Wstęp:** Stosowanie leków biologicznych, a szczególnie inhibitorów TNF-alfa związane jest z możliwością występowania u pacjentów zwiększonej częstości infekcji, również oportunistycznych.

**Cel pracy:** W dostępnej literaturze nie znaleziono został żaden opis demodekozy jako powikłania takiego leczenia.

**Opis przypadku:** Pacjent lat 27 zgłosił się do dermatologa w lutym 2019 roku ze zmianą o charakterze naciekowego rumienia ze złuszczeniem w obrębie lewego policzka. Zmiana leczona było uprzednio bez poprawy przez 3 tygodnie kremem z furoinianem mometazonu. Pacjent choruje na nieswoistą chorobę zapalną jelit od 12 r.ż., początkowo rozpoznana jako wrzodziejące zapalenie jelita grubego, a następnie jako chorobę Leśniowskiego-Crohna. Od sierpnia 2018 roku leczony był wlewami z infliksymabu. Ponadto od wielu lat przyjmuje azatioprynę i mesalazynę w stałych dawkach. Wobec braku poprawy po leczeniu miejscowym ze zmiany skórnej pobrano wycinek do badania histopatologicznego, który potwierdził rozpoznanie demodekozy. Włączono leczenie doustne metronidazolem oraz kremem z iwermektyną. W porozumieniu z lekarzem gastroenterologiem zdecydowano o zmianie leku biologicznego na adalimumab. Uzyskano ustąpienie zmian chorobowych.

**Wnioski:** Rozpoznanie demodekozy powinno być brane pod uwagę w diagnostyce nietypowych zmian skórnych u pacjentów leczonych lekami biologicznymi. Dobra współpraca między specjalistami z różnych dziedzin medycyny daje możliwość modyfikacji leczenia, z uwzględnieniem jego potencjału immunosupresyjnego.

### LISZAJ PŁASKI PEMFIGOIDOWY — RZADKA CHOROBA AUTOIMMUNOLOGICZNA WSPÓŁWYSTĘPUJĄCA Z NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM PRZEWODU POKARMOWEGO

Monika Wasilewska, Aleksandra Komorowska, Sławomir Majewski

Klinika Dermatologii i Wenerologii, Warszawa

Liszaj płaski pemfigoidowy jest rzadką chorobą autoimmunologiczną o nieznanej etiologii, częściej występującą u mężczyzn powyżej 4. deka-

dy życia. Chorobę należy różnicować z liszajem płaskim pęcherzowym, który charakteryzuje się naciekiem limfocytarnym w obrębie połączenie skórno-naskórkowego a w przypadku liszaja płaskiego pemfigoidowego w badania immunofluorescencji bezpośredniej występują złogi IgG oraz C3 wzdłuż błony podstawnej.

Przedstawienie trudności diagnostyczno-terapeutycznych u pacjenta z różnicowanymi zmianami skórnymi oraz chorobą nowotworową w wywiadzie.

52 l. pacjent przyjęty pilnie do Kliniki Dermatologii i Wenerologii z rozszanymi zmianami skórnymi o charakterze LP-like oraz pojedynczych pęcherzy o dobrze napiętej pokrywie z uporczywym świądem. U pacjenta rozpoznano raka płaskonabłonkowego przełyku w okolicy wpustu wraz z niedrożnością przełyku. Chory został zakwalifikowany do pilnej radioterapii, która została odroczone ze względu na znaczną aktywność zmian skórnych. W trakcie hospitalizacji nastąpiła ewolucja zmian skórnych z czerwono-fioletowych grudek w brązowe przebarwienia na lokalizacji — grzbiety stóp, przedramiona oraz wysiew nowych pęcherzy w obrębie skóry niezmięnionej na tułowiu. Pobrano wycinek ze zmiany skórnej na stopie do badania histopatologicznego oraz wycinek ze zdrowej skóry z tułowia do badania immunofluorescencji bezpośredniej DIF. Obraz kliniczny oraz wykonane badania diagnostyczne potwierdziły rozpoznanie liszaja płaskiego pemfigoidowego. Po konsultacji z lekarzem-onkologiem wdrożono do terapii prednizon doustnie w dawce 40 mg/d oraz clobetazol w kremie miejscowo na zmiany skórne. Zastosowane leczenie zmniejszyło aktywność choroby i umożliwiło podjęcie radioterapii.

Liszaj płaski pemfigoidowy stanowi rzadką odmianę liszaja płaskiego, która sprawia trudności diagnostyczno-terapeutyczne. Przedstawiony przypadek pacjenta może sugerować występowanie tej choroby jako skórnej zespołu paraneoplastycznego.

### ZMIANY ŻÓŁTAKOWE U NIEMOWLĄT — OPIS PRZYPADKÓW

Magdalena Żak<sup>1</sup>, Aleksandra Lesiak<sup>2</sup>, Agnieszka Hołdrowicz<sup>1</sup>, Joanna Narbutt<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>2</sup>Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**Wstęp:** W populacji pediatrycznej spotykamy dwa rodzaje zmian skórnych o charakterze „żółtych guzków”. *Juvenile xanthogranuloma* to histiocytoza z komórek nie-Langerhansa. Typowe wykwyty guzkowo-guzkowe od koloru żółtego do czerwono-brązowego umiejscawiają się na owłosionej skórze głowy, tułowiu, w okolicy pach i pachwin. Zmiany skórne mogą wiązać się z lokalizacją narządową, która może prowadzić do poważnych powikłań. *Xanthoma* to zmiany skórne takie jak plamki lub guzki, zawierające wypełnione lipidami makrofagi. Zlokalizowane głównie na powierzchniach wyprostnych, u dzieci występują rzadko. Ich obecność w tej grupie wiekowej może wskazywać na zaburzenia metabolizmu lipidowego.

**Cel pracy:** Przedstawienie przypadków występowania zmian żółtakowych u dwóch niemowląt — *juvenile xanthogranuloma* oraz *xanthoma*.

**Opis przypadku:** Pierwszy opisywany przypadek to 7-miesięczna dziewczynka, która została zgłoszona do poradni dermatologicznej z powodu utrzymujących się od 3,5 miesiąca zmian guzkowych barwy żółtej o charakterze kopulastym. Zmiany te znajdowały się w obrębie skóry twarzy, ramion, pleców oraz pachwin. Badanie histopatologiczne potwierdziło rozpoznanie *xanthogranuloma juvenile*. Drugi pacjent to 7-miesięczny chłopiec, który został przyjęty do kliniki dermatologii w celu diagnostyki 6 zmian skórnych zlokalizowanych na głowie, karku, plecach i tylnej powierzchni lewego ramienia. W badaniu histopatologicznym wycinka skóry stwierdzono obecność skupień piankowatych makrofagów w skórze właściwej. Obraz morfologiczny odpowiadał kępce żółtej. Podczas hospitalizacji stwierdzono brak odchyień w podstawowych badaniach laboratoryjnych oraz lipidogramie.

**Wnioski:** Przedstawione jednostki chorobowe są interesujące ze względu na rzadkość występowania u dzieci. Wczesne postawienie trafnej diagnozy oraz skierowanie pacjenta do dalszej diagnostyki współwystępujących schorzeń ma szczególnie prognostyczne znaczenie w tej grupie wiekowej.

## KIŁA WCZESNA Z RZADKO OBECNIE SPOTYKANYM UMIEJSCOWIENIEM OBJAWU PIERWOTNEGO — OPIS PRZYPADKU

Jerzy Ołasiński, Ryszard Żaba, Zygmunt Adamski

Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

**Wstęp:** Kiła (*Lues, syphilis*) to choroba zakaźna, ogólnoustrojowa. Wywołana jest przez bakterię spiralną *Treponema pallidum subsp. pallidum*. Najczęściej zakażenie następuje drogą płciową (kiła nabyta) lub na drodze transmisji wertykalnej (kiła wrodzona). W ostatnich latach dane epidemiologiczne z całego świata wskazują na wzrost liczby zachorowań na kiłę. Dlatego choroba nadal stanowi poważne zagrożenie wbrew powszechnie panującym przekonaniom o jej zanikaniu. Wciąż aktualny pozostaje problem jej wczesnego rozpoznania.

**Cel pracy:** Celem pracy jest prezentacja przypadku kiły wczesnej z objawem pierwotnym zlokalizowanym w obrębie błony śluzowej jamy ustnej.

**Opis przypadku:** Prezentujemy 28-letniego pacjenta z dodatkimi odczynami serologicznymi w kierunku kiły przyjętego w celu leczenia na Oddział Kliniczny Dermatologii Szpitala Klinicznego im. Heliodora Świąteczkiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Objaw pierwotny zlokalizowany był w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Pacjent zaobserwował wystąpienie niebolesnego owróżdzenia w połowie marca 2019 roku. W wywiadzie kontakt oralny bez zabezpieczenia w lutym 2019 roku (pacjent MSM — homoseksualny). W trakcie hospitalizacji wykonano badanie w ciemnym polu widzenia oraz w kierunku zakażenia wirusem HIV. Po uzyskaniu ujemnego wyniku próby śródskórnej z penicyliną krystaliczną zastosowano zgodnie z rekomendacjami diagnostyczno-terapeutycznymi Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego leczenie I wyboru benzydopenicyliną benzatynową.

**Wnioski:** Lokalizacja objawu pierwotnego zależy od charakteru kontaktu seksualnego, podczas którego doszło do zakażenia (członek, pochwa, srom, skóra okolicy odbytu, kanał odbytu, jama ustna). Złotym standardem terapeutycznym w kile jest penicylina podawana parenteralnie.

## LISZAJ PŁASKI ZANIKOWY ZLOKALIZOWANY WZDŁUŻ LINII BLASCHKO — OPIS PRZYPADKU

Paulina Ciepłewicz<sup>1</sup>, Adriana Polańska<sup>2</sup>, Monika Bowszyc-Dmochowska<sup>1</sup>, Ryszard Żaba<sup>2</sup>, Zygmunt Adamski<sup>1</sup>, Aleksandra Dańczak-Pazdrowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup>Zakład Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**Wstęp:** Liszaj płaski to zapalna dermatoza charakteryzująca się występowaniem swędzących grudek w predylekcyjnych miejscach, takich jak: wewnętrzna część nadgarstków oraz grzbiety stóp. Zmiany często obejmują również błony śluzowe, może dochodzić także do dystrofii płytek paznokciowych lub łysienia bliznowaciejącego. Opisano około 20 wariantów klinicznych tej dermatozy. Jedną z rzadkich podtypów jest liszaj płaski zanikowy w odmianie linijnej występującej wzdłuż linii Blaschko. Linie Blaschko to wzory rozmieszczenia zmian skórnych lub anomalii barwnikowych o układzie linijnym na kończynach, w kształcie litery S na skórze brzucha, w kształcie litery V na skórze pleców oraz w kształcie odwróconej litery U na klatce piersiowej, nigdy nie przekraczają przedniej linii środkowej tułowia.

**Cel pracy:** Celem pracy jest prezentacja przypadku rzadko występującej postaci liszaja płaskiego zanikowego przebiegającego wzdłuż linii Blaschko i przedstawienie trudności terapeutycznych związanych z leczeniem tej rzadkiej dermatozy.

**Opis przypadku:** Prezentujemy 42-letnią pacjentkę z linijnymi zmianami o charakterze przebarwień zlokalizowanymi na skórze brzucha oraz pachy po stronie prawej. Zmianom tym nie towarzyszył świąd. Nie obserwowano zmian w obrębie błon śluzowych oraz paznokci. W badaniu histopatologicznym rozpoznano liszaj płaski zanikowy. Początkowo w leczeniu zastosowano miejscowe glikokortykosteroidy oraz inhibitory kalcyneuryny nie uzyskując poprawy stanu dermatologicznego. Następnie wdrożono ogólne

glikokortykosteroidy i leczenie metotreksatem nie osiągając zadowalającej poprawy.

**Wnioski:** Liszaj płaski zanikowy to trudna w leczeniu, rzadka odmiana liszaja płaskiego, którego rozpoznanie należy wziąć pod uwagę w diagnostyce różnicowej zmian skórnych zlokalizowanych się wzdłuż linii Blaschko.

## PIODERMIA ZGORZELINOWA — RÓŻNE OBLICZA CHOROBY

Magdalena Szczegielniak, Magdalena Oszukowska, Małgorzata Skibińska

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

**Wstęp:** Piodermia zgorzelinowa jest rzadką chorobą. Często współistnieje z innymi schorzeniami szczególnie chorobami zapalnymi jelit, zaburzeniami hematologicznymi, reumatoidalnym zapaleniem stawów. Klinicznie pierwotna zmiana to zapalny czerwony guzek lub krostka ulegająca wrzodzeniu i szybko szerząca się obwodowo.

**Cel pracy:** Porównanie pacjentów, u których występuje/wała piodermia zgorzelinowa w zależności od płci, wieku, obecności chorób współtowarzyszących, nieprawidłowości wyników badań laboratoryjnych, lokalizacji zmian oraz występowania urazu poprzedzającego pojawienie się choroby.

**Materiał i metody:** Pacjenci z piodermią zgorzelinową hospitalizowani w Klinice Dermatologii w okresie ostatnich 4 lat — 13 pacjentów (8 kobiet i 5 mężczyzn) w wieku 35–88 lat.

**Wyniki:** U przedstawionych pacjentów współwystępowały choroby towarzyszące, najczęściej nadciśnienie tętnicze, ponadto wirusowe zapalenie wątroby typu C, choroby zapalne jelit, choroby tarczycy. U pacjenta z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, zaostrenie choroby podstawowej wiązało się z pojawianiem się owróżdzeń. U czterech chorych wystąpienie owróżdzenia poprzedzał uraz. U większości pacjentów obserwowano odchylenia w badaniach laboratoryjnych min. podwyższenie parametrów zapalnych. U badanych pacjentów zmiany występowały najczęściej na kończynie górnej oraz na podudziach. U prawie wszystkich pacjentów stosowane było leczenie immunosupresyjne.

**Wnioski:** Piodermia zgorzelinowa nierzadko współistnieje z innymi schorzeniami, dlatego ważne jest dokładne zebranie wywiadu z pacjentem. U chorych należy wykonać badania laboratoryjne, w których często obserwujemy odchylenia charakterystyczne dla chorób towarzyszących. Najskuteczniejsze jest leczenie immunosupresyjne, u pacjentów z niewielkimi zmianami wystarczające jest leczenie miejscowe, ważne jest również leczenie chorób podstawowych.

## PEMFIGOID PĘCHERZOWY STYMULOWANY RADIOTERAPIĄ — OPIS PRZYPADKU

Patrycja Gajda, Mariusz Sikora, Małgorzata Olszewska, Lidia Rudnicka

Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

**Wstęp:** Pemfigoid pęcherzowy jest często występującą autoimmunologiczną dermatozą pęcherzową. W literaturze opisano wiele czynników mogących wywoływać chorobę takich jak leki, oparzenia termiczne, promieniowanie ultrafioletowe czy radioterapia jednak dokładny patomechanizm stymulowania zmian skórnych nie jest poznany.

**Cel pracy:** Prezentacja pacjentki z pemfigoidem pęcherzowym stymulowanym radioterapią.

**Opis przypadku:** Prezentujemy przypadek 78-letniej pacjentki która została przyjęta do Kliniki Dermatologicznej WUM z powodu nasilających się od 3 tygodni zmian pęcherzowych o dobrze napiętej pokrywie zlokalizowanych po lewej stronie klatki piersiowej oraz rozsianych zmian grudkowych z towarzyszącym świądem. W wywiadzie w maju 2018 pacjentka przeszła oszczędzającą mastektomię lewostronną z następową radioterapią. Pacjentka była leczona ambulatoryjnie z rozpoznaniem popromiennego zapalenia skóry. W badaniu immunofluorescencji bezpośredniej opisano obecność linijnych złożeń IgG wzdłuż błony podstawnej. W badaniu surowicy metodą immunofluorescencji pośredniej na błonie śluzowej przełyku małpy stwierdzono obecność przeciwciał przeciw błonie podstawnej w mianie 1:20 oraz immunofluorescencję z pokrywą pęcherza w badaniu metodą splitu skórno-

W leczeniu zastosowano doksycylinę w dawce 200 mg/dobę oraz propionian klobetazolu w kremie uzyskując zahamowanie wysiewu zmian skórnych oraz gojenie się nadżerek.

**Wnioski:** Pemfigoid pęcherzowy stymulowany radioterapią występuje stosunkowo rzadko, należy jednak mieć świadomość takiego powikłania i dokładnie oceniać zmiany skórne pojawiające się u pacjentów poddawanych radioterapii.

### NAWRÓT PĘCHERZYCY ZWYKŁEJ U OSOBY Z NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO — OPIS PRZYPADKU

Patrycja Gajda, Mariusz Sikora, Małgorzata Olszewska, Lidia Rudnicka  
Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

**Wstęp:** Pęcherzyca zwykła jest autoimmunologiczną dermatozą akantolityczną potencjalnie zagrażającą życiu. Związek autoimmunologicznych chorób pęcherzowych z nowotworami złośliwymi pęcherzycy nie został jednoznacznie wyjaśniony.

**Cel pracy:** Prezentacja pacjentki z nawrotem pęcherzycy zwykłej z towarzyszącym nowotworem złośliwym jelita grubego.

**Opis przypadku:** 74-letnia pacjentka z rozpoznaną w 2001 roku pęcherzycą zwykłą została przyjęta do Kliniki Dermatologicznej WUM z powodu nasilających się od około 2 tygodni nadżerek bony śluzowej jamy ustnej. Od 8 lat pacjentka bez leczenia pozostawała w remisji klinicznej i immunologicznej. W badaniu wycinka błony śluzowej jamy metodą immunofluorescencji bezpośredniej stwierdzono obecność złożeń IgG oraz składowej C3 dopełniacza pomiędzy komórkami naskórka. W badaniu surowicy metodą immunofluorescencji pośredniej wykazano obecność przeciwciał *pemphigus* w mianie 1:80 na przelyku małpy i 1:10 na przelyku świnki morskiej. Badanie metodą immunofluorescencji pośredniej wykonane na substracie z pęcherza szczura nie wykazało obecności przeciwciał. W badaniu metodą ELISA potwierdzono obecność krążących przeciwciał przeciwko desmogleinie 1 i 3. W badaniu TK jamy brzusznej stwierdzono pogrubienie ściany esicy, a w wykonanej kolonoskopii opisano guz o średnicy 5 cm w tym rejonie. U pacjentki rozpoczęto terapię prednizonem w dawce 1 mg/kg m.c. oraz przekierowano do oddziału chirurgicznego w celu dalszego leczenia onkologicznego. Pacjentka pozostaje pod opieką Poradni Dermatologicznej.

**Wnioski:** Przedstawiony przypadek nawrotu pęcherzycy zwykłej wywołanego najprawdopodobniej chorobą nowotworową, wskazuje na ich powiązanie patogenetyczne. Nadekspresja cząsteczek *desmoglein* na powierzchni komórek guza związana z progresją nowotworu może stymulować układ odpornościowy i być przyczyną rozwoju lub nawrotu pęcherzycy.

### NIETYPOWY OBRAZ KLINICZNY LISZAJA PŁASKIEGO — ROLA WIDEODERMOSKOPII W DIAGNOSTYCE — OPIS PRZYPADKU

Piotr Ciechanowicz, Elżbieta Kowalska-Oleńska, Elżbieta Szymańska, Irena Walecka-Herniczek  
Klinika Dermatologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA, Warszawa

**Wstęp:** Liszaj płaski jest przewlekłą chorobą zapalną skóry gładkiej, błon śluzowych, paznokci oraz owłosionej skóry głowy (liszaj płaski mieszkowy). Zazwyczaj występuje forma izolowana liszaja płaskiego mieszkowego bądź współwystępująca z zajęciem skóry gładkiej. Do rzadkości należą pacjenci prezentujący łysienie bliznowaciejące jedynie z zajęciem paznokci.

**Cel pracy:** Celem naszej pracy jest przedstawienie rzadko występującej postaci liszaja płaskiego oraz znaczącej roli badania wideodermoskopowego w diagnostyce chorób skórnych.

**Opis przypadku:** 49-letnia pacjentka zgłosiła się do Ambulatorium Kliniki Dermatologii z powodu zaostżenia zmian w obrębie paznokci rąk. W wywiadzie niedosłuch, niepełnosprawność umysłowa oraz zespół żółtych paznokci. Pacjentka od 10 lat leczona miejscowo z powodu łysienia androgenowego — bez poprawy. Neguje zmiany w zakresie skóry gładkiej i błon śluzowych. W badaniu wideodermoskopowym stwierdzono cechy charakterystyczne dla liszaja płaskiego mieszkowego (brak ujęć mieszków; złuszczenie okołomieszkowe; bezstrukturalne obszary) oraz liszaja płaskiego paznokci (ścięcenie, hyperkeratoza, podłużne pobrudzenie i onycholiza). Matka pacjentki odmówiła wykonania badania histopatologicznego. Z powodu planowanej operacji wszczęcia implantu ślimakowego oraz trudności w przestrzeganiu przez chorą zaleceń lekarskich zrezygnowano z leczenia systemowego. Na podstawie badania wideodermoskopowego rozpoznano liszaj płaski mieszkowy współwystępujący z liszajem płaskim paznokci z zaoszczędzeniem skóry gładkiej i błon śluzowych. W terapii zastosowano miejscowo preparaty klobetazolu na skórę głowy oraz dezonidu z leczeniem keratolitycznym na paznokcie uzyskując poprawę.

**Wnioski:** W opisanym przypadku dzięki wideodermoskopii postawiono właściwe rozpoznanie i wdrożono skuteczne leczenie. Wskazuje to na znaczącą rolę tego badania jako szybkiej, precyzyjnej i nieinwazyjnej metody diagnostycznej.

### ZMIANY ŁUSZCZYCOPODOBNE I TOCZNIOPODOBNE Z WSPÓLISTNIEJĄCYM ŁYSIENIEM PŁACKOWATYM U PACJENTA Z CHOROBAŁ CROHNA LECZONEGO ADALIMUMABEM

Joanna Krzysiek<sup>1</sup>, Aleksandra Lesiak<sup>1</sup>, Joanna Narbutt<sup>1</sup>, Andreas Wollenberg<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi  
<sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der LMU München, Niemcy

**Wstęp:** Leczenie chorób zapalnych takich jak nieswoiste zapalenie jelit (IBD, *inflammatory bowel disease*) zostało zrewolucjonizowane przez zastosowanie leków biologicznych. Doświadczenie z inhibitorem TNF- $\alpha$  jest długoletnie, w szczególności u pacjentów leczonych z powodu IBD. Nie mniej jednak, w ostatnich latach lista skórnych działań niepożądanych stale się wydłuża.

**Cel pracy:** Celem pracy jest prezentacja przypadku pacjenta z chorobą Crohna leczonego adalimumabem, u którego pojawiły się zmiany łuszczycopodobne i toczniopodobne oraz łysienie plackowate.

**Opis przypadku:** 22-letnia kobieta zgłosiła się do Kliniki Dermatologii w Monachium z powodu zmian skórnych utrzymujących się od około 6 miesięcy. W wywiadzie pacjentka od 2 lat była leczona adalimumabem z powodu choroby Crohna. Przy przyjęciu u chorej zaobserwowano ognisko łuszczycowe w okolicy potylicznej głowy. Na skórze kończyn dolnych, tułowia oraz pachwin widoczne były pojedyncze grudki oraz tarczki łuszczycowe. Na skórze w miejscach odsłoniętych na promieniowanie UV zaobserwowano także wykwyty rumieniowe o zupełnie innym charakterze. Z wywiadu wynikało, że zmiany te pojawiły się po ekspozycji na słońce 5 dni przed przyjęciem do Kliniki. Na podstawie całości obrazu klinicznego, badań dodatkowych oraz histopatologicznego u chorej rozpoznano zmiany łuszczycopodobne oraz toczniopodobne w przebiegu choroby Crohna jako reakcje polekowe. Odstawiono adalimumab oraz zastosowano leczenie miejscowe. Po 2 tygodniach na wizycie kontrolnej pacjentki tarczka łuszczykowa na skórze owłosionej głowy ustąpiła z pozostawieniem ogniska wyłysienia o nieco większej średnicy. **Wnioski:** Liczne zmiany skórne polekowe u jednego pacjenta wywołane adalimumabem jest bardzo rzadkim zjawiskiem. Prezentowany przypadek pacjentki ze współistniejącymi zmianami łuszczycopodobnymi, toczniopodobnymi oraz łysieniem plackowatym może poszerzyć wiedzę na temat działania leków biologicznych z kręgu inhibitorów TNF- $\alpha$  u pacjentów z IBD.

## PREZENTACJA PRZYPADKÓW III

### ZMIANA GUZOWATA U PACJENTKI Z DODATNIMI ODCZYNAMI SEROLOGICZNYMI W KIERUNKU KIŁY

Angelika Bielach-Bazyłuk, Agnieszka Beata Serwin, Agata Piłaszewicz-Puza, Małgorzata Jankowska-Janczyło, Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Wstęp:** Histiocytoza zatokowa z masywną limfadenopatią — choroba Rosai-Dorfmana (RDD) jest rzadkim, idiopatycznym zaburzeniem proliferacji histiocytoz, które manifestuje się objawami ogólnymi i niebolesnym powiększeniem węzłów chłonnych. Postać choroby ograniczona do skóry stanowi 3% przypadków.

**Cel pracy:** Celem pracy jest opis przypadku skórnej postaci RDD i trudności diagnostycznych związanych z współistniejącymi dodatnimi odczynami w kierunku kiły.

**Opis przypadku:** 52-letnia pacjentka została przyjęta do Kliniki w celu diagnostyki niebolesnych zmian skórnych ulegających progresji od 6 miesięcy. Klinicznie stwierdzono w obrębie ramienia guz o średnicy 6 cm, o drobnoguzkowej powierzchni, z prześwitującą żółtą treścią, dwa mniejsze ogniska rumieniowo-naciekowe, zaburzenia czucia w obrębie prawego nerwu trójdzielnego, guzek w okolicy kata żuchwy, ultrasonograficznie odpowiadający wynaczeniu krwi. Nie wykazano limfadenopatii. Rutynowo wykonane badanie przesiewowe w kierunku kiły wypadło dodatnio. Miana odczynów krętkowych oraz niekrętkowych były niskie — wykuczono aktywną postać kiły. W obrazie mikroskopowym wycinka skórnoego stwierdzono obfity polimorficzny naciek, zawierający liczne makrofagi, wykazujące cechy emperipolezy, dodatnią ekspresję białka S100 i CD68 oraz brak ekspresji CD1a. Na podstawie całości obrazu klinicznego i swoistego badania immunohistochemicznego postawiono diagnozę skórnej postaci RDD.

**Wnioski:** Stwierdzenie przeciwciał przeciwkrętkowych w trakcie diagnostyki atypowych zmian skórnych zawsze powinno wymagać rozważenia zakażenia krętkiem bładym jako czynnika etiologicznego. RDD jest rzadkim, łagodnym rozrostem histiocytarnym, szczególnie trudnym do rozpoznania w przypadku braku zajęcia węzłów chłonnych. Kluczowe znaczenie ma badanie histopatologiczne i immunohistochemiczne. Obecność w skórze zaktwowanych histiocytoz może być rezultatem wysokiego stężenia M-CSF, związanego, w opisanym przypadku, z kiłą utajoną o nieznanym czasie trwania.

### TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNE SCLEROMYXEDEMA — OPIS PRZYPADKU

Dawid Niżyński<sup>1</sup>, Justyna Kwapisz<sup>1</sup>, Julia Seniuta<sup>1</sup>, Joanna Maj<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

<sup>2</sup>Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

**Wstęp:** Scleromyxedema (SM) jest rzadką jednostką chorobową będącą uogólnioną manifestacją liszaja słuźowatego (LM, *lichen myxedematosus*). Jej istotę stanowi gromadzenie się depozytów mucyny zarówno w skórze, jak i w narządach wewnętrznych, paraproteinemia we krwi obwodowej oraz brak zaburzeń funkcji tarczycy. Jest schorzeniem o postępującym charakterze, nieustalonej dotychczas etiologii oraz potencjalnie śmiertelnym przebiegu klinicznym.

**Cel pracy:** Celem niniejszej pracy jest zwrócenie uwagi klinicyzów na celowość uporczywej diagnostyki oraz zasadność terapii IVIG pacjentów z podejrzanym i/lub rozpoznany *scleromyxedema*.

**Opis przypadku:** W opracowaniu przedstawiono przypadek 58-letniego mężczyzny z rozpoznaną uogólnioną grudkową odmianą liszaja słuźowatego. Ostateczne rozpoznanie, pomimo obecności charakterystycznego obrazu klinicznego oraz paraproteinemii krwi obwodowej, zostało potwierdzone, po licznych biopsjach skórnych, histologicznie. W opisanym przypadku oprócz trudności diagnostycznych wystąpiły również trudności terapeutyczne. Po zastosowaniu wielu schematów lekowych o różnicowanych profilach terapeutycznych, dopiero wdrożenie leczenia dożylnymi immunoglobulinami ludzkimi (IVIG) w skojarzeniu z terapią cyklofosfamidem przyniosły zadowalający rezultat i poprawę kliniczną.

**Wnioski:** Uwzględniając profil terapeutyczny zastosowanego schematu leczenia oraz korzystną odpowiedź kliniczną, leczenie dożylnymi immunoglobulinami ludzkimi powinno być obowiązkującym standardem leczenia pacjentów ze *scleromyxedema*.

### SKÓRNA POSTAĆ CHOROBY ROSAI-DORFMAN U 68-LETNIEJ KOBIETY

Anna Gawdzik<sup>1</sup>, Bogna Ziarkiewicz-Wróblewska<sup>2</sup>, Alina Jankowska-Konsur<sup>1</sup>, Joanna Maj<sup>1</sup>, Jacek Szepletowski<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, Wrocław

<sup>2</sup>Pracownia Patomorfologii, Zakład Diagnostyki Hematologicznej Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, Warszawa

**Wstęp:** Histiocytoza zatokowa z masywną limfadenopatią to rzadka jednostka znana również jako choroba Rosai-Dorfman. To łagodna proliferacja histiocytoz o niewyjaśnionej etiologii. Choroba ma dwie odmiany: układową — objawiającą się najczęściej szyjną limfadenopatią, mogącą przebiegać z objawami ogólnymi oraz postacią wyłącznie skórą, stanowiącą jedynie 3% przypadków.

**Cel pracy:** Prezentacja rzadkiej jednostki chorobowej, diagnostyki różnicowej oraz możliwości terapeutycznych.

**Opis przypadku:** 68-letnia pacjentka rasy białej zgłosiła się w marcu 2019 r. do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu z powodu licznych, stopniowo powiększających się guzów barwy czerwono-brunatnej o wymiarach od 10 do 20 mm zlokalizowanych na kończynie dolnej prawej. Zmiany były obecne od 9 miesięcy. Nie towarzyszyły im objawy ogólne. Na podstawie obrazu klinicznego w diagnostyce różnicowej brano pod uwagę skórą postać chłoniaka z komórek B, przerzuty do skóry lub rzadkie postaci grzybic — sporotrychozę lub kryptokokozę. Na podstawie badania histologicznego i immunohistochemicznego postawiono rozpoznanie choroby Rosai-Dorfman. Przeprowadzona diagnostyka obrazowa nie uwidoczniła pozaskórnych ognisk choroby. W terapii zastosowano metotreksat podskórnie w dawce 10 mg tygodniowo w osłonie kwasu foliowego oraz mezoterapię ognisk metyloprednizolonem w postaci depot. Pacjentka pozostaje pod obserwacją Kliniki Dermatologii.

**Wnioski:** Skórna postać choroby Rosai-Dorfman jest interesującą jednostką ze względu na rzadkość występowania, obraz kliniczny mogący imitować inne schorzenia hematologiczne i dermatologiczne oraz korzystne rokowanie. Badanie histologiczne z barwieniem immunohistochemicznym jest niezbędne do postawienia właściwej diagnozy.

### LISZAJ PŁASKI TYPU PEMFIGOIDU U 41-LETNIEGO MĘŻCZYZNY

Agata Kozłowska, Alicja Rygał, Rafał Białynicki-Birula, Joanna Maj

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

**Wstęp:** Liszaj płaski typu pemfigoidu (LPP, *lichen planus pemphigoides*) jest rzadką chorobą autoimmunologiczną, w przebiegu której początkowo pojawiają się typowe dla LP siniofioletowe grudki. Postuluje się, że obecność stanu zapalnego na granicy skórno-naskórkowej w miejscu grudek powoduje uszkodzenie w strefie błony podstawnej, ekspozycję antygeny BP180 i wtórnie prowadzi do wytworzenia przeciwciał anti-BP180 we krwi krążącej. Po upływie kilku tygodni lub miesięcy dochodzi do powstania dobrze napiętych pęcherzy podnaskórkowych, zarówno na podłożu wcześniej obecnych grudek LP, jak i w skórze niezmięnionej — głównie w lokalizacji akralnej. W bezpośrednim badaniu immunofluorescencyjnym (DIF, *direct immunofluorescence*) stwierdza się zwykle linijne złogi C3c oraz IgG.

**Cel pracy:** Przedstawienie przypadku LP typu pemfigoidu.

**Opis przypadku:** 41-letni mężczyzna został przyjęty na oddział celem diagnostyki silnie swędzących zmian skórnych, które pojawiły się dwa miesiące wcześniej w obrębie obu podudzi. Przy przyjęciu obserwowano symetryczne, rozsiane, lśniące, sino-fioletowe grudki zlokalizowane głównie w lokalizacji akralnej, z dodatnim objawem Koebnera. W bada-



niu DIF wykazano linię złoży C3c wzdłuż błony podstawnej naskórka. Z uwagi na kliniczne podejrzenie LP pobrano kolejny wycinek do badania DIF, w którym ponownie stwierdzono obraz pemfigoidu. Obraz histologiczny był typowy dla LP. W surowicy krwi pacjenta wykazano obecność przeciwciał anti-BP180 w mianie > 200 RU/ml. W leczeniu zastosowano prednizon 30 mg/d w stopniowo redukowanych dawkach, PUVA-terapię oraz miejscowe steroidy uzyskując częściową poprawę stanu miejscowego. Podczas wizyty kontrolnej, z uwagi na niepełny efekt terapeutyczny zredukowano dawkę prednizonu i rozpoczęto leczenie cyklosporyną w dawce 250 mg/d.

**Wnioski:** Opisujący przypadek ilustruje konieczność zachowania czujności diagnostycznej w przypadku podejrzenia LP, zwłaszcza wobec rozbieżności pomiędzy obrazem klinicznym a immunopatologicznym.

### OSTRA ZLOKALIZOWANA OSUTKA KROSTKOWA PO EKSPOZYCJI NA GLIFOSAT

Radomir Reszke<sup>1</sup>, Zdzisław Woźniak<sup>2</sup>, Łukasz Matusiak<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

<sup>2</sup>Katedra i Zakład Patomorfologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

**Wstęp:** Ostra zlokalizowana osutka krostkowa (ALEP, *acute localized exanthematous pustulosis*) stanowi odmianę ostrej uogólnionej osutki krostkowej (AGEP, *acute generalized exanthematous pustulosis*), które to schorzenia wywołane są zwykle przez ekspozycję na leki.

**Cel opisu:** Prezentujemy nietypowy opis przypadku pacjenta z ALEP wywołanym ekspozycją na glifosat.

**Opis przypadku:** Mężczyzna 57-letni został przyjęty do Kliniki z powodu krostkowych i nadżerkowych wykwitów na podłożu rumieniowym zlokalizowanych symetrycznie na obu dłoniach, które po raz pierwszy pojawiły się 6 dni wcześniej. Z wywiadu wiadomo, że ok. 3 dni przed pojawieniem się zmian skórnych pacjent wykonywał opryski glifosatem w warunkach zawodowych bez rękawic ochronnych. Pacjent zaprzeczał występowaniu świądu, pieczenia, dolegliwości stawowych, bólu mięśni, gorączki czy dreszczy. Wykonano biopsję sztanową ze świeżych krost. Na podstawie obrazu klinicznego oraz wyniku badania histologicznego rozpoznano ALEP. W leczeniu zastosowano glikokortykosteroidy ogólnie oraz miejscowo z uzyskaniem znacznej poprawy klinicznej.

**Wnioski:** Ekspozycja na glifosat, zwłaszcza w warunkach pracy zawodowej, może stanowić przyczynę ALEP. Zgodnie z naszą wiedzą jest to pierwszy podobny opis przypadku w literaturze medycznej.

### LEUKEMIA CUTIS W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI LIMFOCYTOWEJ — SERIA 3 PRZYPADKÓW

Agata Kłosowicz<sup>1</sup>, Kamila Migacz-Gruszka<sup>1</sup>, Paweł Brzewski<sup>1</sup>, Anna Wojas-Pelc<sup>1</sup>, Grzegorz Basak<sup>2</sup>, Bogna Ziarkiewicz-Wróblewska<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Oddział Kliniczny Dermatologii Uniwersyteckiego Szpitala w Krakowie

<sup>2</sup>Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

<sup>3</sup>Katedra i Zakład Patomorfologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

**Wstęp:** Przewlekła białaczka limfocytowa (CLL, *chronic lymphocytic leukaemia*) jest najczęściej występującą białaczką w krajach zachodnich. Nacieki skóry przez komórki białaczkowe (LC, *leukemia cutis*) — występują u 5% pacjentów — jest rzadką manifestacją CLL często związaną z agresywną postacią choroby.

**Cel pracy:** Prezentujemy opisy 3 przypadków klinicznych białaczki skóry, w tym nacieku *leukemia cutis* w obrębie pojedynczej zmiany o charakterze raka podstawnokomórkowego.

**Opis przypadku:** 1. U 59-letniej pacjentki z CLL II stopnia według Rai pojawiły się rozlane zmiany guzkowe z towarzyszącym świądem histopatologicznie zweryfikowane jako LC. Nacieki CLL w skórze współwystępował z narastającą limfadenopatią i świadczył o agresywnym przebiegu choroby.

2. U 72-letniego z CLL IV stopnia według Rai po 8 latach od rozpoznania stwierdzono transformację Richtera oraz obecność delekcji genu 17p. Podczas wizyty kontrolnej zaobserwowano guzek w okolicy skrzydełka

nosa o morfologii raka podstawnokomórkowego (BCC, *basal cell carcinoma*). W badaniu histopatologicznym potwierdzono rozpoznanie BCC, który dodatkowo współistniał z naciekiem CLL.

3. 64-letni pacjent z rozpoznaniem CLL II stopnia według Rai, z obecną delecją 13q, został przyjęty do Oddziału Dermatologii celem diagnostyki rumieniowych guzków na tułowiu. Zmiany skórne, zweryfikowane histopatologicznie jako nacieki CLL, towarzyszyły progresji węzłowej oraz narastaniu limfocytozy.

**Wnioski:** W przebiegu CLL często obserwuje się niespecyficzne, nieowotworowe zmiany skórne, tj. plamica, pokrzywka, infekcje, zmiany guzkowe czy zapalenie naczyń. Nawet u 20% pacjentów z CLL rozpoznaje się nowotwory skóry typu *non-melanoma*. LC należy do bardzo rzadkich manifestacji CLL, ale może świadczyć o agresywnym przebiegu choroby — zespole Richtera. Dlatego w wypadku wystąpienia zmian skórnych u pacjenta z CLL warto rozważyć wykonanie dodatkowych badań diagnostycznych w celu ustalenia ich etiologii.

### OBRZEK NACZYNIORUCHOWY — RZADKI PRZYPADEK W PRAKTYCE DERMATOLOGICZNEJ

Paulina Barasińska, Małgorzata Skibińska

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

**Wstęp:** Obrzęk naczyńioruchowy jest bardzo częstą jednostką chorobową, z powodu której pacjenci zgłaszają się do gabinetu dermatologa lub w trybie pilnym kierowani są do szpitala.

**Cel pracy:** Przedstawienie pacjentki z nietypową przyczyną wystąpienia obrzęku twarzy, o której należy pamiętać w rozpoznaniu różnicowym.

**Opis przypadku:** 69-letnia pacjentka została skierowana do Kliniki Dermatologii z powodu symetrycznego obrzęku skóry twarzy z podejrzeniem „alergii”. W wywiadzie stan po implantacji rozrusznika serca w 2013 roku oraz nadciśnienie tętnicze. Pacjentka nie zażywała inhibitorów konwertazy angiotensyny i wiązała wystąpienie obrzęku z wizytą u kardiologa i regulacją rozrusznika. W trakcie badania przedmiotowego stwierdzono, że obrzęk wydaje się stwardniały i dotyczy również szyi. Pacjentka, po zadaniu dodatkowych pytań stwierdziła, że jej głos uległ w ciągu ostatnich tygodni zmianie. Postawiono wstępne rozpoznanie zespołu żyły głównej górnej i zlecono badania dodatkowe. W wykonanym badaniu USG Doppler naczyń szyi i węzłów chłonnych uwagę zwróciła dość szeroka żyła szyjna wspólna prawa, natomiast w badaniu radiologicznym klatki piersiowej zaobserwowano poszerzoną wnękę płuca prawego. Tomografia komputerowa klatki piersiowej wykonana w Oddziale Internistycznym wykazała rozległy guz płuca prawego o wymiarach 72 × 68 × 79 mm, który na odcinku 45 mm uciskał żyłę główną górną. Pacjentkę w trybie pilnym skierowano do Oddziału Chorób Płuc.

**Wnioski:** W praktyce dermatologicznej niezwykle istotne jest interdyscyplinarne podejście do każdego pacjenta, gdyż niektóre choroby dermatologiczne mogą być jedynie objawem wtórnym do innych schorzeń.

### ZIARNINIĄK TWARZY (GRANULOMA FACIALE) OKOLICY CIEMIENIOWEJ GŁOWY SKUTECZNIE LECZONY DAPSONEM

Anna Ryczek, Ewa Żabska

Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 im. F. Chopina w Rzeszowie

Ziarniniak twarzy to rzadka, przewlekła dermatozja o nieznannej etiologii, dotycząca głównie mężczyzn rasy kaukaskiej w średnim wieku. W obrazie klinicznym występuje najczęściej pojedyncza czerwono-brązowa naciekowa zmiana guzkowa lub guzkowa, ulegająca stopniowej progresji, zlokalizowana najczęściej na czole, nosie lub policzkach.

66-letni mężczyzna został przyjęty do Kliniki Dermatologii z powodu zmiany naciekowej położonej w okolicy ciemieniowej głowy, powstałej około 6 lat temu w miejscu przebytego urazu głowy. Początkowo zmiana miała charakter pojedynczej grudki która ulegała stopniowej progresji. Pacjent jako pracownik budowlany był narażony na przewlekłą ekspozycję na promieniowanie UV. Przy przyjęciu do Kliniki w badaniu dermatologicznym okolicy ciemieniowej głowy obecne było pojedyncze czerwono-brązowe naciekowe ognisko chorobowe o wymiarach 6 × 5 cm z obecnymi licznymi teleangiektazjami. Na podstawie obrazu klinicznego wysunięto podejrzenie ziarniniaka twarzy — rozpoznanie

zostało potwierdzone w badaniu histopatologicznym, w którym stwierdzono obecność strefy Grenza, pogrubienie ścian naczyń z obecnym naciekami okolonaczyniowym z neutrofilii i eozynofili. W leczeniu zastosowano dapson w dawce 100 mg/dobę oraz miejscowo 0,1% takrolimus aplikowany 2 ×/dobę uzyskując znaczną regresję zmiany chorobowej.

Ziarniniak twarzy to łagodna dermatatoza zapalna, najczęściej zlokalizowana na twarzy, ale mogąca pojawić się również w innych lokalizacjach. Przypadek prezentujemy z uwagi na rzadkość schorzenia, nietypową lokalizację, związek z urazem głowy oraz dobrą odpowiedź na leczenie dapsonem w połączeniu z miejscowym inhibitorem kalcyneuryny.

### CHOROBA PAGETA U PACJENTKI Z WYWIADEM RODZINNYM ŁUSZCZYCY — OPIS PRZYPADKU

Katarzyna Lipa, Natalia Zajac, Aleksandra Malewska, Elżbieta Szymańska, Irena Walecka

Klinika Dermatologii, Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Warszawa

**Wstęp:** Choroba Pageta brodawki sutkowej jest rzadką postacią raka przewodowego. Stanowi około 0,5–5% wszystkich nowotworów piersi. Zmiany lokalizują się najczęściej w okolicy szczytu brodawki. W stadiach zaawansowanych może towarzyszyć im wyczuwalny guz piersi.

**Cel pracy:** Przedstawienie rzadkiego przypadku pacjentki z chorobą Pageta brodawki sutkowej.

**Opis przypadku:** 40-letnia pacjentka zgłosiła się do Kliniki Dermatologii ze zmianą rumieniowo-żółtawą, z towarzyszącym świądem, w okolicy brodawki sutkowej prawej od około 6 miesięcy. U pacjentki podejrzewano łuszczycę z uwagi na dodatni wywiad rodzinny (łuszczyca u matki). Dotychczas była leczona miejscowo preparatem glikokortykosteroidowym — bez poprawy. W USG gruczołów piersiowych — bez odchyłań od normy.

Pobrano wycinek skóry do badania histopatologicznego, w którym opisano śródniaskórkowy naciek z nowotworowych komórek gruczołowych. Wynik potwierdzono barwieniami IHC: CK 7(+), ER(+). Na podstawie obrazu klinicznego oraz wyniku badania histopatologicznego rozpoznano chorobę Pageta brodawki sutkowej. Pacjentkę w trybie pilnym skierowano do Poradni Onkologicznej.

**Wnioski:** Początkowo Morbus Paget ma postać zmiany rumieniowo-żółtawą o niespecyficznym charakterze, mogącej w diagnostyce różnicowej przypominać choroby ze spektrum dermatoz zapalnych takie jak atopowe zapalenie skóry, łuszczyca czy kontaktowe zapalenie skóry. Do najczęściej zgłaszanych przez pacjentów objawów należy: świąd i ból brodawki sutkowej. W miarę postępu choroby pojawiają się takie objawy jak wyciek z brodawki sutkowej, owrzodzenie. W bardziej zaawansowanych przypadkach zmiany mogą obejmować otoczkę brodawki i skórę piersi. U 33–50% pacjentów zmianom towarzyszy wyczuwalny guz piersi, który jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na rokowanie. Istotne jest wczesne rozpoznanie dlatego lekarze dermatolodzy powinni zachować wzmożoną czujność przy diagnostyce zmian zlokalizowanych w okolicy brodawek sutkowych.

### PEMFIGOID PĘCZERZOWY W BLIŹNIE POOPERACYJNEJ — RZADKI OBRAZ PĘCZERZOWEJ CHOROBY AUTOIMMUNOLOGICZNEJ

Jagoda Stroynowska-Kosik, Dominika Szkodzińska, Kalina Wysocka-Dubielecka, Ewelina Biało-Wójcicka

Oddział Dermatologii Dorosłych, Międzyzleski Szpital Specjalistyczny, Warszawa

**Wstęp:** Pemfigoid jest najczęściej występującą autoimmunizacyjną podnaskórkową chorobą pęcherzową dotyczącą głównie osób w wieku podeszłym. Typowe zmiany skórne to swędzące ogniska rumieniowe lub rumieniowo-obrzękowe, pęcherze o dobrze napiętej pokrywie, wypełnione treścią surowiczą i/lub krwistą, usytuowane na skórze niezmienionej lub na podłożu rumieniowym.

**Opis przypadku:** 63-letni pacjent przyjęty do Oddziału Dermatologii Dorosłych MSSW z powodu zmian rumieniowo-obrzękowych i pęcherzowych zlokalizowanych w obrębie blizny pooperacyjnej po nefrektomii lewostronnej wykonanej z powodu raka jasnokomórkowego

w grudniu 2016 roku. Znajduje się pod opieką Centrum Leczenia Chorób Płuc — podczas hospitalizacji pół roku wcześniej nie wyraził zgody na chirurgiczne pobranie biopsji ze zmian guzkowych w płucach do oceny histopatologicznej. Przy przyjęciu w okolicy blizny pooperacyjnej owalna rumieniowo-obrzękowa zmiana o średnicy 7 × 7 cm, w jej obrębie pęcherz i pęcherzyki o dobrze napiętej pokrywie, wypełnione treścią surowiczą oraz nadżerki po uprzednio występujących pęcherzach. W wykonanych badaniach: w badaniu histopatologicznym obraz odpowiada rozpoznaniu *mycosis fungoides*, w badaniu immunopatologicznym wycinka skórno z otoczenia zmian obecne złogi BMZ IgG +++ i C3 +, w surowicy nie stwierdzono przeciwciał charakterystycznych dla chorób pęcherzowych. Preparat histopatologiczny konsultowano w Centrum Onkologii w Warszawie — wykonane dodatkowe barwienia nie wykazały nacieku nowotworowego. Do leczenia włączono krem z 0,05% propionianem klobetazolu, uzyskując stopniową poprawę w zakresie zmian skórnych.

**Wnioski:** Przedstawiony przypadek jest rzadką postacią pemfigoidu pęcherzowego zlokalizowanego w bliźnie pooperacyjnej. Zabieg operacyjny może inicjować lub zaostrzyć przebieg pemfigoidu. Niewykluczone, iż czynnikiem prowokującym jest choroba nowotworowa.

### ŚRÓDMIĄSZOWE ZIARNINIAKOWE ZAPALENIE SKÓRY

Jagoda Stroynowska-Kosik, Roksana Kulińska, Małgorzata Mazur, Kalina Wysocka-Dubielecka, Ewelina Biało-Wójcicka

Oddział Dermatologii Dorosłych, Międzyzleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie

**Wstęp:** Śródmiąższowe ziarniniakowe zapalenie skóry jest to rzadkie schorzenie należące do grupy niezakaźnych ziarniniakowych chorób skóry. Występowanie tego schorzenia może być związane z chorobami o podłożu autoimmunologicznym, nowotworami lub rzadziej jako reakcja polekowa.

**Opis przypadku:** 81-letnia pacjentka hospitalizowana na Oddziale Dermatologii Dorosłych MSSW z powodu licznych symetrycznych podskórnych, rumieniowych lub fioletowych grudek, guzków lub tarczek. Pierwsze zmiany skórne pojawiły się pół roku przed hospitalizacją. Przy przyjęciu zmiany zlokalizowane w okolicy dolnej powierzchni tułowia na pośladkach i udach w postaci owalnych, pasmowatych brunatnych zlewających się ognisk. Na bocznych powierzchniach tułowia od dołów pachowych do powierzchni bioder widoczne liniowe jasnobrunatne pasma „rope sing”. Z powodu pojawiających się okresowo dolegliwości bólowych stawów hospitalizowana w Klinice Reumatologii, gdzie wykluczono reumatoidalne zapalenie stawów. W wywiadzie nadciśnienie tętnicze. W trakcie hospitalizacji wykluczono inne podłoża autoimmunologiczne, nowotworowe choroby. W badaniu histopatologicznym pobranym w trakcie pobytu obserwowano obfity naciek w warstwie siateczkowej skóry, z wiązkami zdegenerowanego kolagenu i palisadowo ułożonymi histiocytami. Z uwagi na czasowy związek występowania zmian skórnych z włączeniem allopurinolu, odstawiono lek. Włączono miejscowe preparaty glikokortykosteroidowe o średnio silnym działaniu obserwując stopniowe ustępowanie zmian skórnych.

**Wnioski:** Przedstawiamy rzadkie schorzenie dermatologiczne z typowym obrazem klinicznym, najczęściej związane jest z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Rzadziej rozpatrywane jest podłożo polekowe. Nieliczne prace podają występowanie zmian po zastosowaniu allopurinolu. Rozstrzygający w rozpoznaniu jest charakterystyczny obraz histopatologiczny.

### LIVEDO WASKULOPATIA — OPIS PRZYPADKU

Anna Małgorzata Olszewska, Teresa Reduta, Joanna Bacharewicz-Szczerbicka, Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

**Wstęp:** Livedo waskulopatia jest chorobą o niedoszacowanej częstości występowania. W jej patogenie potwierdzono udział procesów zakrzepowo-zatorowych w drobnych naczyńkach tętnicznych i włosowatych.

**Cel:** Celem pracy jest przedstawienie przypadku livedo waskulopatii i trudności diagnostycznych związanych ze współwystępowaniem u pacjenta miażdżycy tętnic kończyn dolnych.

**Opis przypadku:** Pacjent lat 41, otyły, z wywiadem nikotynizmu (40 paczolat), zgłosił się do Kliniki celem leczenia owrzodzeń w skórze okolicy obu kostek przyśrodkowych i grzbietu stopy prawej występujących od ok. 3 miesięcy. Klinicznie stwierdzono *livedo racemoso* w skórze całego ciała oraz czerwonobrunatne zmiany naciekowe w skórze otaczającej owrzodzenia. W USG Doppler kończyny dolnej prawej wykazano niewielkie zmiany miażdżycowe na obwodzie układu tętniczego. W badaniu mikroskopowym wycinka ze zmiany skórnej stwierdzono proliferację drobnych naczyń krwionośnych o pogrubiałych ścianach i pobudzonych komórkach śródbłonna, a w świetle pojedynczych naczyń obecne były zakrzepy. Obraz może odpowiadać reaktywnej proliferacji naczyń krwionośnych. Ponadto w surowicy stwierdzono przeciwciała IgG przeciw kardiolipinom o wysokim mianie, nie stwierdzono przeciwciał panelu ANA-3, anty-PR3 i anty-MPO, krioglobulin. Na podstawie obrazu klinicznego i wyników badań dodatkowych rozpoznano livedo waskulopatię, prawdopodobnie z towarzyszącym zespołem antyfosfolipidowym (do ostatecznego rozpoznania konieczny ponowny dodatni wynik oznaczenia przeciwciał przeciw kardiolipinom po  $\geq 12$  tygodniach).

**Wnioski:** Livedo waskulopatia stanowi problem diagnostyczno-terapeutyczny ze względu na często współwystępujące koagulopatie, choroby tkanki łącznej, infekcyjne czy nowotworowe, wymagające odmiennego postępowania terapeutycznego. Z tego względu pacjenci wymagają szerszej diagnostyki celem wykluczenia lub identyfikacji choroby współistniejącej.

### MULTIPLE EPITHELIOID ANGIOMATOUS NODULE — OPIS PRZYPADKU

Iga Siemasz<sup>1</sup>, Joanna Maj<sup>1</sup>, Zdzisław Woźniak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii we Wrocławiu

<sup>2</sup>Zakład Anatomii Prawidłowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

*Multiple Epithelioid Angiomatous Nodule* należy do grupy nabłonkowych guzów naczyniowych i jest bardzo rzadką, łagodną, reaktywną proliferacją naczyń, po raz pierwszy opisaną przez Brenna i Fletchera w 2004 roku. Od tego czasu w literaturze angielskiej pojawiło się niewiele ponad 20 opisów przypadków. Klinicznie zmiany występują jako szybko rosnące małe, pojedyncze, bardzo rzadko mnogie guzki lub grudki o jednolitej, sporadycznie owrzodzonej powierzchni, które mimo szybkiego wzrostu nie dają przerzutów, a metodą leczenia jest wycięcie zmiany. Przypadek opisuje 75-letniego pacjenta z dynamiczną progresją wzrostu guza i guzków satelitarnych w obrębie kanału słuchowego zewnętrznego i małżowiny usznej, pierwotnie opisywane w badaniu histologicznym jako ziarniak ropotwórczy, co nie odpowiadało przebiegowi choroby. W tomografii komputerowej zobrazowano guz przewodu słuchowego zewnętrznego na odcinku 1,8 cm, zwiększający światło przewodu, naciekający błonę bębenkową oraz odcinkowe ścięczenie ściany wyrostka sutkowatego prawego wzdłuż przebiegu guza bez ewidentnej osteolizy, sięgający do stawu skroniowo-żuchwowego. Z uwagi na lokalizację zmiana została usunięta niecałkowicie, gdyż radykalny zabieg mógłby wpłynąć na zdolność zucia, słuchu, a także wymagałby rozległej rekonstrukcji twarzy w tym obszarze. Diagnostowanie nabłonkowych guzów naczyniowych jest trudne, a obraz kliniczny powoduje, że w diagnostyce różnicowej brane są pod uwagę w pierwszej kolejności inne schorzenia dermatologiczne takie jak rak z komórek Merkla czy czerniak. Diagnostyka zmian możliwa jest dzięki rozszerzeniu badania histologicznego o immunohistochemiczne i oznaczenie dodatnich markerów naczyniowych.

### REAKCJA FOTOTOKSYCZNA PO LECZENIU WEMURAFENIBEM I KOBIMETYNIBEM ZAAWANSOWANEGO CZERNIAKA

Justyna Ceryn

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni w Grodzisku Mazowieckim

**Wstęp:** Reakcje fototoksyczne są dermatozami o zróżnicowanym obrazie klinicznym. Występują jako wielopostaciowe osutki, zmiany rumieniowe, przebarwienia czy obrzęk. Powstają po ekspozycji skóry na promieniowanie ultrafioletowe po zastosowaniu miejscowo lub ogólnoustrojowo substancji fotowrażliwej.

**Cel pracy:** Prezentacja przykladu toksycznego działania wemurafenibu (inhibitora kinazy serynowo-treoninowej BRAF) i kobimetynibu (selektynowego inhibitora MEK) na skórę.

**Opis przypadku:** U 56-letniego mężczyzny w trakcie leczenia onkologicznego wemurafenibem i kobimetynibem zaawansowanego czerniaka skóry z mutacją BRAF stwierdzono intensywny rumień w obrębie skóry owłosionej głowy i twarzy, rozsiane zmiany pęcherzykowo-grudkowe oraz obrzęk powiek nasilający się od około tygodnia. Ze względu na powikłanie oczne, pacjent był wcześniej konsultowany okulistycznie i rozpoznając półpasiec oczny, zastosowano leczenie przeciwwirusowe. Z powodu braku poprawy i zaostrzenia zmian pacjent zgłosił się do poradni dermatologicznej. Ponadto w wywiadzie, w ostatnim miesiącu przebywał wielokrotnie na działce, nie opalał się celowo, negował stosowanie środków ochrony przeciwsłonecznej. Z uwagi na obraz kliniczny, stosowanie leczenia przeciwnowotworowego oraz ekspozycję na promieniowanie UV rozpoznano reakcję fototoksyczną po zastosowanej terapii onkologicznej. Zastosowano miejscowe i systemowe leczenie przeciwzapalne, antybiotykoterapię i uzyskano stopniowe ustępowanie zmian skórnych.

**Wnioski:** U pacjentów z zaawansowanym czerniakiem z mutacją BRAF stosowanie wemurafenibu w połączeniu z kobimetynibem wiąże się z większym prawdopodobieństwem odpowiedzi na leczenie oraz wydłużeniem czasu przeżycia. Reakcje fototoksyczne i obserwowana nadwrażliwość na słońce są częstym powikłaniem leczenia ukierunkowanego molekularnie czerniaka. Wszystkim pacjentom w trakcie terapii anty-BRAF i MEK należy zalecać unikanie ekspozycji na promieniowanie UV i stosowanie środków ochrony przeciwsłonecznej.

### MYCETOMA O ETIOLOGII ACTINOMYCES SPP. POLEKOWE ZAPALENIE NACZYŃ

Magdalena Górecka-Sokołowska, Patrycja Brzustowicz, Artur Czaplewski, Rafał Czajkowski

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii, Bydgoszcz

Pacjentka 67-letnia obciążona internistycznie m.in. RZS leczonym od 18 lat lekami biologicznymi (ostatni preparat — tocilizumab od września 2018 r. do stycznia 2019 r.), przyjęta do Kliniki Dermatologii celem diagnostyki i leczenia zmian skórnych w obrębie kończyn dolnych utrzymujących się od 1 miesiąca. Wykwity chorobowe pojawiły się podczas hospitalizacji w styczniu 2019 r. w Klinice Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej. W trakcie tego pobytu stwierdzono pęcherze wypełnione żółtą cieczą, owrzodzenia z tkankami martwiczymi i treścią surowiczo-ropną, guzki na kończynach dolnej lewej oraz znaczny obrzęk i zaczerwienienie, wzmożone ucieplenie, pęcherze wypełnione treścią surowiczą w obrębie podudzia prawego. Pacjentka z tego powodu konsultowana była angiologicznie, chirurgicznie, mikrobiologicznie, dermatologicznie. Rozpoznano różę pęcherzową kończyny dolnej prawej oraz zakażenie tkanek miękkich kończyny dolnej lewej o etiologii *S. aureus*. Włączono antybiotykoterapię (biotrakson, cefazolin, clindamycin). Z uwagi na wyniki badań dodatkowych i niejasny obraz kliniczny (obecność zmian pomimo włączonego leczenia) mogących sugerować sarkoidozę/gruźlicę skóry skierowano chorą na dalszą diagnostykę do Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii. Na podstawie wykonanych podczas hospitalizacji badań laboratoryjnych, immunologicznych, obrazowych, mikrobiologicznych i patomorfologicznych postawiono rozpoznanie: *mycetoma* o etiologii *Actinomyces spp.* oraz polekowego, ANCA dodatniego, zapalenia ziarniakowego naczyń (leki biologiczne, w tym paradoksalnie tocilizumab). Do leczenia włączono preparaty miejscowe, penicylinę G 5 mln j.m. 4 × dobę, następnie fenoksymetylpenicylinę 1500 3 × dobę przez kolejne tygodnie. Odstawiono lek podejrzany o wywołanie działań niepożądanych (tocilizumab). Leczenie przyniosło dobry efekt terapeutyczny.

### NAWROTOWE ZAPALENIE WIELOCHRZĄSTKOWE — OPIS PRZYPADKU

Sylwia Trojanowska, Kalina Wysocka-Dubielecka, Ewelina Biało-Wójcicka

Oddział Dermatologii Dorosłych, Międzyzleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie

**Wstęp:** Nawrotowe zapalenie wielochrząstkowe jest rzadko występującą chorobą autoimmunologiczną o nieznannej etiologii. Stan zapalny

występuje zarówno w chrząstkach stawowych jak i poza stawami, prowadząc do ich rozpadu i bliznowacenia. W przebiegu choroby najczęściej występują przeciwcięcia skierowane przeciwko kolagenowi typu II, rzadziej typu IX i XI.

**Opis przypadku:** 70-letni pacjent przyjęty na Oddział Dermatologii Dorosłych MSSW z powodu nawracającego obrzęku i zaczerwienienia małżowiny usznej lewej, niereagującego na dotychczasowe leczenie. Pierwsze zmiany pojawiły się nagle, miesiąc przed hospitalizacją, z towarzyszącym bólem, bez gorączki i dreszczy. Chory łączył ich pojawienie się z urazem kręgosłupa i leczeniem ambulatoryjnym dwoma antybiotykami. Negował uraz ucha. Przy przyjęciu w zakresie małżowiny usznej lewej rozlany obrzęk i zaczerwienienie, z zaoszczędzeniem płata ucha, bolesność dotykowa zajętego ucha oraz nasady nosa, okresowo pojawiała się chrypka. W badaniach laboratoryjnych: leukocytoza, niedokrwistość makrocytarna, podwyższone wartości CRP, OB, GGTP, IgE całkowitej, obniżone stężenie magnezu i kwasu foliowego. Badania w kierunku przeciwciela ANA 4, ANCA, *Borrelia burg.* były ujemne. W badaniu histopatologicznym pobranego wycinka chrząstki stwierdzono nacieki limfocytów i neutrofilii. W leczeniu zastosowano prednizolon w początkowej dawce 40 mg/d (0,5 mg/kg mc.) oraz metotreksat 17,5 mg/tydzień, uzyskując stopniową poprawę w zakresie zmian skórnych i ustąpienie chrypki.

**Wnioski:** Przedstawiamy rzadki przypadek choroby zajmującej głównie chrząstki, o dobrej odpowiedzi na stosowane leczenie immunosupresyjne. Ze względu na rokowanie (choroba postępująca, w 1/3 przypadków kończąca się zgonem, 55% 10-letnich przeżyć) pacjent pozostaje pod stałą opieką poradni dermatologicznej i reumatologicznej.

### JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH NA ZIARNINIAKA GRZYBIASTEGO I ICH RODZIN NA PRZYKŁADZIE 3 PACJENTÓW LECZONYCH BEKSAROTENEM

Aleksandra Tobiasz<sup>1</sup>, Dariusz Wołowicz<sup>2</sup>, Stanisław Potoczek<sup>2</sup>, Joanna Maj<sup>3</sup>, Alina Jankowska-Konsur<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

<sup>3</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

**Wstęp:** Ziarniniak grzybiasty jest najczęstszym pierwotnie skórny chłoniakiem T-komórkowym, o wieloletnim przebiegu, charakterystycznej ewolucji zmian skórnych z towarzyszącym świądem, wymagającym długoterminowej terapii i codziennej pielęgnacji skóry. Choroba ma znaczący negatywny wpływ na jakość życia zarówno pacjentów, jak i ich rodzin.

**Cel pracy:** Przybliżenie problemu obniżonej jakości życia na przykładzie 3 pacjentów chorych na ziarniniaka grzybiastego, leczonych beksarotenenem i obniżonej jakości życia członków ich rodzin.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto 3 pacjentów (3 mężczyźni) w wieku 73, 62 i 55 lat, z rozpoznaniem ziarniniaka grzybiastego, leczonych beksarotenenem. U pacjentów oceniono nasilenie zmian skórnych (skala TNMB i mSWAT), jakość życia (formularz DLQI, SKINDEX-29, skala Depresji Becka), nasilenie świądu (skala VAS Visual Analog Scale) oraz jakość życia wśród najbliższych członków ich rodzin (formularz fDLQI).

**Wyniki:** Badani pacjenci znajdowali się w stadium IIA i IIB zaawansowania choroby wg skali TNMB. Według skali depresji Becka dwóch pacjentów wykazywało objawy depresji umiarkowanej. Według kwestionariusza Skindex-29 najbardziej dotkniętym obszarem życia pacjentów był związany z emocjami (obawa o przyszłość, poczucie przygnębienia) oraz wynikający z objawów choroby (sen, zmęczenie, izolowanie się). Według kwestionariusza DLQI pacjenci wykazywali mocno, umiarkowanie i nieznacznie obniżoną jakość życia. Wśród członków rodzin (żony) według kwestionariusza fDLQI jakość życia była mocno i umiarkowanie obniżona.

**Wnioski:** Ziarniniak grzybiasty jest chorobą mającą istotny wpływ na wiele obszarów życia zarówno pacjentów, jak i najbliższych członków ich rodzin. Kontynuacja badań na większej grupie chorych umożliwiłaby dokładniejsze zbadanie tego problemu, co pomogłoby w kompleksowej opiece nad pacjentami i ich bliskimi.

**Słowa kluczowe:** ziarniniak grzybiasty, jakość życia, beksaroten

### ZASTOSOWANIE LASERA CO2 W TERAPII NACZYNIAKOŁÓKNIĄKÓW W PRZEBIEGU CHOROBY BOURNEVILLE'A-PRINGLE'A — OPIS PRZYPADKU

Katarzyna Chyl-Surdacka, Monika Turska, Adam Borzęcki  
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Med-Laser, Lublin

**Wstęp:** Stwardnienie guzowate należy do grupy rzadkich, uwarunkowanych genetycznie schorzeń związanych z obecnością spontanicznych lub dziedzicznych autosomalnie dominująco mutacji genów hamartyny i tuberyny prowadzących w konsekwencji do zaburzeń neurologicznych, kardiologicznych, nefrologicznych, okulistycznych, pulmonologicznych oraz dermatologicznych. Do najbardziej charakterystycznych zmian skórnych należą mnogie naczynekowłókniaki okolicy twarzy, guzki wału paznokciowego, znamiona łącznotkankowe oraz plamy hipopigmentacyjne. Pojawiające się w przebiegu choroby wykwyty choć nie stanowią najważniejszego problemu zdrowotnego mogą okazać się istotnym defektem estetycznym upośledzającym znacznie jakość życia pacjentów. W leczeniu naczynekowłókniaków pomocne narzędzie stanowi laser chirurgiczny CO2.

**Cel pracy:** Celem pracy jest zaprezentowanie przypadku pacjenta z rozpoznaną chorobą Bourneville'a-Pringle'a u którego mnogie, masywne naczynekowłókniaki były usuwane za pomocą lasera chirurgicznego CO2.

**Opis przypadku:** Opisujemy przypadek 68-letniego pacjenta z obecnością masywnych, uszypułowanych zlokalizowanych na skórze brody, fałdów nosowo-wargowych, policzków i karku naczynekowłókniaków i mnogich guzków wałów paznokciowych paznokci obu stóp obecnych od urodzenia z współistniejącymi zaburzeniami systemowymi pod postacią wielotorbielowości nerek, zaburzeń kardiologicznych i neurologicznych. W leczeniu zmian skórnych zastosowano powtarzane, wykonywane etapowo zabiegi laserem chirurgicznym CO2. Pacjent pozostaje pod stałą kontrolą nefrologiczną, neurologiczną i kardiologiczną. **Wnioski:** Zastosowanie lasera chirurgicznego CO2 stanowi ważną opcję terapeutyczną dla pacjentów z licznymi naczynekowłókniakami skóry twarzy w przebiegu choroby Bourneville'a-Pringle'a.

### SKUTECZNE ZASTOSOWANIE DIALIZY ALBUMINOWEJ W SYSTEMIE MARS U PACJENTKI Z LEKOOPORNYM ŚWIADEM W PRZEBIEGU CHOLESTAZY — OPIS PRZYPADKU

Magdalena Antoszevska<sup>1</sup>, Piotr Spychalski<sup>2</sup>, Wioletta Barańska-Rybak<sup>1</sup>, Roman Nowicki<sup>1</sup>, Gerda Elisabeth Villadsen<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

<sup>3</sup>Department of Hepatology and Gastroenterology, Aarhus Universitetshospital, Aarhus, Denmark

**Wstęp:** Świąd jest jednym z najbardziej dokuczliwych objawów towarzyszących cholestazie. Farmakoterapia często daje krótkotrwały bądź niezadowolający efekt. Dializa albuminowa w systemie MARS łagodzi objawy poprzez usuwanie pruritogenów z płynów ustrojowych i stanowi obiecującą formę leczenia dla pacjentów z lekoopornym świądem.

**Cel pracy:** Przedstawienie przypadku klinicznego pacjentki z lekoopornym świądem, która poddana została dializie albuminowej w systemie MARS.

**Opis przypadku:** 27-letnia kobieta z lekoopornym świądem w przebiegu cholestazy wewnątrztrętrowej o podłożu genetycznym od trzech lat odczuwała świąd skóry. Leczenie farmakologiczne z okresowym łagodzeniem objawów. Pacjentka była leczona kwasem ursodeoksycholowym, ryfampicyną, bezafibratem i naltreksonem. Świąd nasilił się powodując trudności w życiu codziennym oraz wybudzanie w nocy. W związku z brakiem kolejnych opcji farmakologicznego leczenia, pacjentka została przyjęta do Aarhus Universitetshospital w celu przeprowadzenia dializy albuminowej w systemie MARS. Po dwudniowej dializie pacjentka całkowicie przestała odczuwać świąd. Po dwóch tygodniach efekt leczenia nadal się utrzymywał. Dializę systemem MARS należy powtarzać, aby utrzymać długotrwałą skuteczność leczenia.

**Wnioski:** Świąd stanowi poważny problem u pacjentów z cholestazą. MARS charakteryzuje się wysoką skutecznością w leczeniu świądu i stanowi opcję terapeutyczną dla pacjentów niereagujących na farmakoterapię.

## RAK PŁASKONABLONKOWY *IN SITU* PRĄCIA — TRUDNOŚCI TERAPEUTYCZNE, UŻYTECZNOŚĆ DERMOSKOPII W MONITOROWANIU POSTĘPÓW LECZENIA ORAZ GLANS RESURFACING JAKO INNOWACYJNA METODA TERAPII

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

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdańsk

<sup>2</sup>Klinika Urologii, Gdańsk

**Wstęp:** Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Urologicznego do metod leczenia raka prącia *in situ* należą: miejscowe stosowanie imikwimodu, 5-fluorouracylu, laseroterapia (laser neodymowo-yagowy, laser CO<sub>2</sub>), *glans resurfacing*.

**Cel pracy:** Przedstawienie niepowodzenia leczenia nieablacyjnego w raku *in situ* prącia, zaprezentowanie użyteczności dermoskopii w monitorowaniu efektów leczenia oraz przedstawienie innowacyjnej metody leczenia.

**Opis przypadku:** Prezentujemy przypadek 72-letniego mężczyzny, u którego pierwsze zmiany na prąciu pojawiły się w 2017 r.. W biopsji zmian z października 2018 r. rozpoznano raka płaskonabłonkowego *in situ*. Ze względu na obraz kliniczny — na żołądź prącia rozległe, rumieniowo-naciekowe i brodawkujące zmiany budzące podejrzenie raka inwazyjnego — w grudniu 2018 r. ponownie pobrano wycinek do badania histopatologicznego — opisano raka płaskonabłonkowego *in situ*. Wdrożono imikwimod. Po 12 tygodniach nie w pełni efektywnego leczenia wykonano kriodestrukcyjną zmian resztkowych. W kwietniu 2019 r., z powodu utrzymujących się zmian rumieniowych, wykonano zabieg obrzezania. W badaniu histopatologicznym preparatu nie stwierdzono utkania raka. W czasie wizyty kontrolnej w lipcu 2019 r. stwierdzono nowe zmiany okolicy ujścia cewki moczowej i korony żołądź prącia. W badaniu histopatologicznym potwierdzono rak płaskonabłonkowy *in situ* z widocznym drobnym ogniskiem sugerującym mikroinwazję. Pacjenta zakwalifikowano do leczenia operacyjnego w Klinice Urologii w Gdańsku polegającego na całkowitym usunięciu nabłonka z żołądź (*glans resurfacing*) z następową rekonstrukcją przeszczepem skóry pośredniej grubości.

**Wnioski:** Przebieg raka *in situ* prącia jest trudny do przewidzenia. Leczenie raka prącia metodami nieablacyjnymi wymaga ścisłej kontroli klinicznej. Dermoskopia wydaje się być cennym narzędziem umożliwiającym szybką detekcję wznowy miejscowej oraz ułatwiającym wybór miejsca do biopsji diagnostycznej w przypadku dużej rozległości zmian.

## ZA MASKĄ ŚWIĄDU — PODOSTRY SKÓRNY TOCZEŃ RUMIENIOWATY WSPÓŁISTNIEJĄCY ZE ŚWIERZBIĄCZKĄ GUZKOWĄ. OPIS PRZYPADKU

Barbara Olszewska<sup>1</sup>, Adriana Polańska<sup>2</sup>, Monika Bowszyc-Dmochowska<sup>1</sup>, Ryszard Żaba<sup>2</sup>, Zygmunt Adamski<sup>1</sup>, Aleksandra Dańczak-Pazdrowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

<sup>2</sup>Zakład Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**Wstęp:** Świąd jest najczęstszym subiektywnym objawem występującym w przebiegu wielu chorób skóry. Jak pokazują ostatnie doniesienia, może on towarzyszyć niektórym skórnym postaciom tocznia rumieniowatego, a w szczególności postaci podostrej (SCLÉ, *subacute cutaneous lupus erythematosus*), można go bowiem obserwować u nawet 2/3 chorych na tę postać tocznia skórno. W niektórych przypadkach na skutek przewlekłego świądu może dojść do rozwoju zmian skórnych typowych dla świerzbiczkę guzkowej.

**Cel pracy:** Przedstawienie przypadku pacjenta ze współistniejącym SCLÉ i świerzbiczkę guzkową, u którego przewlekły świąd spowodował powstanie zmian skórnych odpowiadających świerzbiczkę guzkowej.

**Opis przypadku:** 55-letni pacjent zgłosił się do Kliniki Dermatologii powodu zmian o morfologii świerzbiczkę guzkowej. Pierwsze wykwity, wówczas rumieniowe, pojawiły się dwa lata wcześniej, w wykonanym wówczas badaniu histopatologicznym opisano cechy tocznia skórno przewlekłego lub podostrego. Po ok. 6 miesiącach zmiany rumieniowe ustąpiły, natomiast pojawiły się liczne przerosłe zmiany guzkowe z towarzyszącym silnym świądem, rozsiane na tułowiu oraz kończy-

nach. W dwóch wycinkach skórnych opisywano cechy świerzbiczkę guzkowej. W badaniu fluorescencji pośredniej wykryto przeciwciała przeciwdrobnoustrojowe w mianie 1/2560, z obecnością przeciwciał przeciwko SS-A, Ro-52 i SS-B. W leczeniu stosowano miejscową sterydoterapię i metotreksat bez poprawy, oraz miejscowe iniekcje triamcynolonem z częściową poprawą. Po dwóch latach ze względu na pojawienie się nowych, złewnych rumieniowych blaszek w miejscach ekspozycyjnych na słońce ponownie wykonano biopsję skóry, w której opisano cechy podostrego tocznia skórno.

**Wnioski:** W przypadku przewlekłego świądu nie reagującego na standardowe metody terapii warto rozważyć diagnostykę w kierunku skórnej postaci tocznia rumieniowatego.

## SIATKOWATA MUCYNOZA RUMIENIOWATA — OPIS PRZYPADKU

Aleksandra Wnuk-Kłosińska<sup>1</sup>, Dorota Jenerowicz<sup>2</sup>, Monika Bowszyc-Dmochowska<sup>2</sup>, Zygmunt Adamski<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe Dermatologii przy Katedrze i Klinice Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

**Wstęp:** Siatkowata mucynoza rumieniowata (REM, *reticular erythematous mucinosis*) jest rzadkim schorzeniem należącym do grupy mucynoz skórnych. Choroba manifestuje się obecnością zmian skórnych o charakterze grudek na rumieniowym podłożu, często tworzących siateczkowaty układ, które lokalizują się głównie w obrębie środkowej części klatki piersiowej i pleców. W 20–30% przypadków zmianom towarzyszy świąd lub pieczenie. Etiologia REM nie została dokładnie poznana, ale rozważa się wpływ zaburzeń w układzie immunologicznym, a także rolę czynników wirusowych.

**Cel pracy:** Autorzy przedstawiają przypadek chorej z wieloletnim wywiadem zmian skórnych u której rozpoznano rzadką jednostkę chorobową — REM.

**Opis przypadku:** 42-letnia kobieta została przyjęta do Kliniki Dermatologii z powodu zmian o charakterze grudek, częściowo rumieniowych, częściowo cielistych zlokalizowanych w obrębie skóry okolicy dekoltu. Zmiany skórne utrzymywały się stale od ponad 20 lat, towarzyszył im okresowo dyskretny świąd. Chora była leczona preparatami przeciwhistaminowymi i glikokortykosteroidami miejscowymi — bez efektu. Na podstawie obrazu klinicznego i badania histopatologicznego rozpoznano REM. Chorą zaplanowano do leczenia chlorochiną.

**Wnioski:** REM jest rzadkim schorzeniem o niecharakterystycznym obrazie klinicznym, co może wiązać się ze znacznymi trudnościami diagnostycznymi i opóźniać postawienie właściwego rozpoznania. W diagnostyce różnicowej należy brać pod uwagę szereg dermatoz m.in. tocznia rumieniowaty czy łojotokowe zapalenie skóry.

## ZESPÓŁ FREY — LEPIJ ZAPOBIEGAĆ NIŻ LECZYĆ. OPIS PRZYPADKU

Magdalena Antoszevska, Dorota Mehrholz, Wioletta Barańska-Rybak, Roman Nowicki

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

**Wstęp:** Zespół Frey jest powikłaniem po operacjach dotyczących ślinianek lub stawu skroniowo-żuchwowego. Ujawnia się 2–24 miesięcy po zabiegu i charakteryzuje się nadmierną potliwością, zaczerwienieniem skóry, uderzeniami gorąca i parestezjami. Złoty standardem leczenia zespołu Frey jest zastosowanie toksyny botulinowej, jednak efekty nie zawsze są zadowalające, a leczenie należy cyklicznie powtarzać.

**Cel pracy:** Przedstawienie edukacyjnego przypadku klinicznego pacjentki z zespołem Frey i metod leczniczych oraz operacyjnych, które mogą zapobiec wystąpieniu powikłań.

**Opis przypadku:** 25-letnia kobieta z rozpoznaniem łagodnym guzem ślinianki przyusznej lewej poddała się leczeniu operacyjnemu. Wykonano parotidektomię częściową zachowawczą. Przebieg śród i pooperacyjny był niepowikłany, a czynność nerwu twarzowego została zachowana. Po 2 miesiącach pacjentka zauważyła nadmierne poce-

nie skóry w okolicy lewego kąta zuchwy oraz zaczerwienienie skóry lewego ucha i policzka po spożyciu posiłków, zwłaszcza kwaśnych. Na podstawie objawów klinicznych i testu Minora rozpoznano zespół Frey. Pacjentka zgłaszała dyskomfort związany z objawami. Zalecono leczenie toksyną botulinową, która hamuje nadmierne wydzielanie potu. Pacjentka nie podjęła się leczenia z powodu zajścia w ciążę.

**Wnioski:** Zespół Frey jest powikłaniem, którego leczenie ma krótkotrwały efekt lub przynosi niezadowalający efekt. Stosowanie toksyny botulinowej prowadzi do zahamowania nadmiernej potliwości, ale objawy po kilku miesiącach nawracają oraz nie ma wpływu na zaczerwienienia skóry. Prawdopodobieństwo wystąpienia zespołu Frey można zmniejszyć stosując odpowiednie techniki operacyjne.

### PEMFIGOID PĘCHERZOWY PO ORTOPEDYCZNYM ZESPOLENIU ZŁAMANIA KOŚCI. CZYSTY PRZYPADK?

Natalia Juško, Beata Juszczynska-Darasz

Oddział Dermatologii Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego, Kraków

**Wstęp:** Pemfigoid pęcherzowy należy do najczęstszych autoimmunizacyjnych dermatoz pęcherzowych. Zazwyczaj występuje u osób w wieku starszym oraz może mieć różne odmiany kliniczne. W etiologii rozważa się również udział czynników prowokujących jak leki, urazy czy operacje.

**Cel pracy:** Przedstawienie przypadku uogólnionego pemfigoidu pęcherzowego u młodego pacjenta po dwukrotnym ortopedycznym zespoleniu kości.

**Opis przypadku:** 45-letni pacjent został przyjęty do Oddziału Dermatologii z powodu rozszaniach zmian rumieniowo-obrzękowych i pęcherzy o dobrze napiętej pokrywie z towarzyszącym nasilonym świądem. Zmiany pojawiły się 2 miesiące po operacyjnym zespoleniu mnogiego złamania kości podudzia prawego, początkowo były ograniczone do prawego podudzia. W badaniu immunofluorescencji bezpośrednio stwierdzono złogi IgG, IgM i C3 w strefie błony podstawnej potwierdzając rozpoznanie. Skórny zespół paraneoplastyczny został wykluczony. Objawy ustąpiły po włączeniu leczenia immunosupresyjnego i usunięciu metalowych implantów w obrębie kości. Po roku nastąpił nawrót miesiąc po złamaniu nasady dalszej prawej kości ramiennej zespolonej drutami Kirschnera. Konsolidację zmian skórnych uzyskano po włączeniu metyloprednizolonu w dawce 48 mg/d i usunięciu stabilizatorów ramienia.

**Wnioski:** Dotychczas opisano kilka przypadków wystąpienia zlokalizowanego pemfigoidu po operacjach chirurgicznych i oparzeniach

oraz pojedynczy pemfigoidu uogólnionego po operacji ortopedycznej. Zmiany pęcherzowe pojawiające się po operacjach powinny nasuwać podejrzenie choroby pęcherzowej i skłaniać do poszerzenia diagnostyki a przynajmniej wnikliwej obserwacji pacjenta.

### CO MÓWIĄ USTA PACJENTÓW Z CHOROBA PRZESZCZEP-PRZECIWKO-GOSPODARZOWI — KLINICZNO-DERMOSKOPOWE OPISY PRZYPADKÓW

Anastazja Szlauer-Stefańska, Grażyna Kamińska-Winciorek

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

**Wstęp:** Choroba przeszczep-przeciwno-gospodarzowi (GvHD), w postaci ostrej i przewlekłej może pojawić się nawet u 70% pacjentów po allogenicznym przeszczepieniu macierzystych komórek krwiotwórczych. W wielu przypadkach manifestuje się w obrębie śluzówek jamy ustnej. Z uwagi na towarzyszące doznania bólowe, suchość i upośledzenie smaku znacznie obniża jakość życia pacjentów.

**Cel pracy:** Celem pracy jest omówienie cech klinicznych i dermoskopowych zmian występujących w obrębie śluzówek jamy ustnej (głównie czerwieni wargowej) w przebiegu GvHD.

**Opis przypadku:** W pracy prezentujemy charakterystykę kliniczno-dermoskopową zmian śluzówkowych jamy ustnej 13 pacjentów leczonych z powodu ostrej i przewlekłej GvHD. Do objawów klinicznych należały suchość, nadżerki i owrzodzenia, zmiany liszajopodobne, rogowacenie białe, zmiany rzekomobłoniaste i przerosłowe, rumień. Dermoskopia czerwieni wargowej ujawniła białawe obszary — romboidalnie ułożone linie, białe kropki i ciałka, lśniące białe smugi, głębokie pęknięcia, poszerzone pętle naczyń krwionośnych, brązowe obszary bezstrukturalne, odbarwienia i zatarcie granicy czerwieni wargowej, obecność złuszczenia. W leczeniu stosowano miejscowo preparaty glikokortykosteroidowe, witaminowe, znieczulające oraz inhibitory kalcyneuryny, a w terapii ogólnoustrojowej stosowano glikokortykosteroidoterapię, ruktolityny oraz procedurę fotoferezy pozaustrojowej. W przypadku jednego pacjenta konieczne było przejściowe stosowanie żywienia parenteralnego — u niego też monitorowano dermoskopowo czerwień wargową, uwidaczniając zmiany cech dermoskopowych w okresach remisji i zaostrzeń choroby.

**Wnioski:** Śluzówki jamy ustnej, a szczególnie czerwień wargowa u pacjentów z GvHD stanowią lokalizację, w której wcześniej pojawiają się oznaki choroby. Leczenie miejscowe ma ograniczoną skuteczność. Obserwacja dermoskopowa czerwieni wargowej może być wykorzystywana w monitorowaniu przebiegu prowadzonej terapii, a także do wykrycia pierwszych oznak GvHD.

## PRACE KLINICZNE I

### ANALIZA PORÓWNAWCZA METOD OCENY POTENCJAŁU DRAŻNIĄCEGO LUB UCZULAJĄCEGO SKŁADNIKÓW KOSMETYKÓW W SYTUACJI ZAKAZU TESTÓW NA ZWIERZĘTACH

Jadwiga Kalicińska, Radosław Śpiewak

Zakład Dermatologii Doświadczalnej i Kosmetologii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

**Wstęp:** Składniki kosmetyków należą do najczęstszych przyczyn alergii kontaktowej. Ocenia się, że 13–60% kobiet oraz 5–40% mężczyzn doświadczyło niepożądanych reakcji wywołanych stosowaniem kosmetyków.

**Cel pracy:** Celem pracy było porównanie metod oceny potencjału drażniącego lub uczulającego składników kosmetyków *in animo*, *in humano* oraz *in vitro*, na podstawie opracowanego modelu matematycznego.

**Materiał i metody:** Analiza dostępnych wyników badań potencjału drażniącego lub uczulającego składników kosmetyków, w bazach bibliograficznych (PubMed, Embase, Scopus, Google Scholar), w tym badań

przeprowadzonych z udziałem ludzi (chorych na wyprysk oraz populacji generalnej), historycznych badań na zwierzętach oraz aktualnie stosowanych metod alternatywnych (badań *in vitro*), które posłużą jako baza danych do zaprojektowanego modelu matematycznego.

**Wyniki:** Opracowano klasyfikację składników kosmetyków ze względu na ich potencjał drażniący lub uczulający. Do substancji o działaniu potencjalnie drażniącym zakwalifikowano 45 składników kosmetyków, m.in. Balsam Peruwiański, Mieszankę zapachową II oraz Parafenylenodiaminę. Natomiast, do substancji o działaniu potencjalnie uczulającym zakwalifikowano 60 składników kosmetyków, m.in. Formaldehyd, Lanolinę oraz Citral. Następnie, otrzymane dane podstawiono do zbioru uczącego modelu matematycznego, który oszacowuje działanie drażniące lub uczulające substancji.

**Wnioski:** Wyniki posłużą zwiększeniu bezpieczeństwa stosowania kosmetyków, a tym samym bezpieczeństwa konsumentów. Opracowany model matematyczny jest skuteczny w przewidywaniu działania drażniącego lub uczulającego substancji kosmetycznych.

**Słowa kluczowe:** alergia na kosmetyki, potencjał uczulający, potencjał drażniący, badania na zwierzętach, metody alternatywne

## JAKOŚĆ SNU, DEPRESJA ORAZ RYTM OKOODOBOWY JAKO POTENCJALNY REGULATOR PRZEBIEGU ŁUSZCZYCY

Karolina Wrzosek

Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

U osób chorych na łuszczycę często występują zaburzenia snu. Jakość snu, która ma znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania wielu układów w organizmie może także wpływać na poziom zaawansowania zmian łuszczycowych. Czas trwania i jakość snu pozostają pod silnym wpływem chronotypu — różnic indywidualnych w rytmie okołodobowym. Analiza związku między chronotypem, jakością snu oraz depresją a poziomem zaawansowania zmian łuszczycowych. Badani: 42 pacjentów chorych na łuszczycę (40,5% stanowiły kobiety); 21–82 lat (M = 44,48; SD = 17,57) wypełniło polskie wersje: Skali Pittsburgh, *Composite Scale of Morningness*, *Centre for Epidemiological Studies — Depression scale*, *Dermatology Life Quality Index*. Poziom zaawansowania zmian łuszczycowych oceniano za pomocą *The Psoriasis Area Severity Index* i *Body surface area for psoriasis score*. Wyniki badań poddano analizie regresji. Średni wynik PSQI wyniósł M = 6,88 (SD = 3,16); 64,3% badanych (N = 27) uzyskało wynik wskazujący na zaburzenia snu ( $\geq 6$  PSQI). Ranność ( $\beta = 0,36$ ;  $p = 0,05$ ), niska jakość snu ( $\beta = 0,5$ ;  $p < 0,001$ ) i depresja ( $\beta = 0,31$ ;  $p < 0,1$ ) wyjaśniają 34% wariacji poziomu zaawansowania zmian łuszczycowych mierzonych za pomocą skali PASI. Niska jakość snu ( $\beta = 0,55$ ;  $p < 0,01$ ), depresja ( $\beta = 0,50$ ;  $p < 0,01$ ) i ranność ( $\beta = 0,29$ ;  $p < 0,1$ ) wyjaśniają 40% wariacji wyników skali BSA. Wyniki analizy wykazały także, że niska jakość snu ( $\beta = 0,61$ ;  $p < 0,001$ ) oraz depresja ( $\beta = 0,54$ ;  $p < 0,001$ ) wyjaśniają 45% wariacji DLQI. Analiza mediacji potwierdziła, że niska jakość snu zwiększa depresję, a to z kolei nasila poziom zaawansowania zmian łuszczycowych. Poziom zaawansowania zmian łuszczycowych jest w istotny sposób powiązany z rannością, jakością snu oraz depresją. Pełne wyjaśnienie związku między tymi czynnikami a poziomem zaawansowania zmian łuszczycowych może mieć znaczenie dla poprawy jakości życia pacjentów chorych na łuszczycę.

**Słowa kluczowe:** łuszczycza, chronotyp, sen, depresja

## CZY CYKLOSPORYNA A TO DOBRY WYBÓR W LECZENIU CHŁONIAKÓW PIERWOTNIE SKÓRNYCH?

Agata Kozłowska, Dawid Niżyński, Joanna Maj

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

**Wstęp:** Chłoniaki pierwotnie skórne (PCL, *primary cutaneous lymphomas*) to grupa zróżnicowanych nowotworów układu limfatycznego, które w chwili diagnozy są ograniczone do skóry. Wywodzą się z dojrzałych limfocytów — najczęściej T, rzadziej B. Podstawą rozpoznania jest badanie histologiczne z immunofenotypowaniem. Wczesna diagnoza jest kluczowa, ponieważ zarówno rokowanie jak i leczenie różni się w przypadku poszczególnych podtypów PCL.

**Cel pracy:** Przedstawienie przypadku PCL leczonego cyklosporyną (CsA).  
**Opis przypadku:** 83-letnia kobieta z rozpoznaniem w 2018 roku podskórnym chłoniakiem z komórek T (SPTCL, *subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma*), została przyjęta do oddziału z powodu progresji zmian skórnych. Pierwsze zmiany pojawiły się w 2017 roku pod postacią nieogojącego się owrzodzenia w okolicy łokcia prawego. W dotychczasowym leczeniu prowadzonym przez hematologa w rejonie stosowano CsA w dawkach 100–200 mg/d oraz prednizon. Przy przyjęciu w dolnej części ramienia prawego obserwowano rozległe owrzodzenie z podminowanym brzegiem oraz pojedyncze sino-rumieniowe guzy w bezpośrednim otoczeniu zmiany. W trakcie hospitalizacji pobrano wycinek do badania histologicznego, a pacjentkę przekazano pod opiekę Kliniki Dermatologii celem wdrożenia chemioterapii CHOP. Po 4 tygodniach otrzymano wynik, w którym obraz mikroskopowy przemawiał za chłoniakiem B-komórkowym o wyższym stopniu histologicznej złośliwości [Ki-67(+) w niemal 100% jąder komórkowych].

**Wnioski:** CsA w leczeniu PCL jest lekiem kontrowersyjnym. Pomimo doniesień w literaturze o remisjach SPTCL po zastosowaniu CsA, stanowisko PTD jest jednoznaczne — CsA nie jest zalecana, a wręcz powinna być zabroniona w leczeniu SPTCL ze względu na ryzyko limfoproliferacji. CsA nie jest również lekiem rekomendowanym w innych PCL. Przypadek ten dobitnie podkreśla konieczność wykonywania wielokrotnych biopsji — także po ustaleniu rozpoznania PCL, zwłaszcza w przypadkach nieodpowiadających na wdrożone leczenie.

## OCENA WPŁYWU ZASTOSOWANEGO LECZENIA I WYBRANYCH PARAMETRÓW KLINICZNYCH NA CZAS HOSPITALIZACJI PACJENTÓW Z BAKTERYJNYM ZAPALENIEM SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ

Ewelina Kosior, Adam Reich

Zakład i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów

**Wstęp:** Róża oraz bakteryjne zapalenie skóry i tkanki podskórnej (*cellulitis*) to jedne z częstszych zakaźnych chorób skóry, wywołanych głównie przez paciorkowce  $\beta$ -hemolizujące, rzadziej przez inne bakterie.

**Cel pracy:** Ocena czynników wpływających na czas pobytu chorych przyjętych do szpitala z różą lub zapaleniem skóry i tkanki podskórnej.

**Materiał i metody:** Badanie oparto o retrospektywną analizę danych klinicznych osób z rozpoznaniem róży lub zapalenia skóry i tkanki podskórnej. Posłużono się kwestionariuszem, w którym uwzględniono wybrane cechy kliniczne choroby, wyniki badań dodatkowych, a także zastosowane leczenie. W analizowanym okresie czasu wstępnie zidentyfikowano 78 pacjentów. Do dalszej oceny włączono 59 pacjentów w wieku od 32 do 89 lat, u których potwierdzono infekcję bakteryjną. Jako parametry oceniające skuteczność terapii uznano czas pobytu w szpitalu oraz liczbę zastosowanych antybiotyków koniecznych do wyleczenia pacjenta.

**Wyniki:** Średni czas pobytu w oddziale szpitalnym wynosił średnio 7,0  $\pm$  2,9 dni i był nieco dłuższy w przypadku kobiet niż mężczyzn. W oddziale istotnie dłużej przebywały osoby, u których stwierdzano dreszcze, pacjenci ze współistniejącą przewlekłą niewydolnością żylną kończyn dolnych oraz niedokrwistością. Spośród antybiotyków najczęściej stosowano połączenie amoksyliny z kwasem klawulanowym, taka terapia wiązała się z najkrótszym czasem pobytu w oddziale. W przypadku cefalosporyn oraz klindamycyn czas hospitalizacji był istotnie dłuższy. Przyjmowanie amoksyliny z kwasem klawulanowym najrzadziej wiązało się z koniecznością zastosowania innych leków przeciwbakteryjnych.

**Wnioski:** Terapia amoksyliną z kwasem klawulanowym wiązała się z najkrótszym czasem pobytu w oddziale szpitalnym i powinna być brana pod uwagę jako pierwsza linia leczenia u pacjentów hospitalizowanych z powodu róży lub zapalenia skóry i tkanki podskórnej.

**Słowa kluczowe:** infekcja bakteryjna, rokowanie, skóra, leczenie

## PORÓWNANIE SKUTECZNOŚCI LECZENIA ŁYSIENIA ANDROGENOWEGO OSOCZEM BOGATOPŁYTKOWYM (PRP) I FIBRYNĄ BOGATOPŁYTKOWĄ (IPRF) — SERIA PRZYPADKÓW

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

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Wł. Biegańskiego w Łodzi

<sup>2</sup>SILVER MED Prywatna Praktyka Lekarska, Łódź

Łysienie androgenowe jest najpopularniejszą formą łysienia niebliznowaciejącego u mężczyzn i kobiet. Diagnostyka oparta jest na badaniu klinicznym, trichoskopowym, w wyjątkowych przypadkach histopatologicznym. Do pozafarmakologicznych metod terapeutycznych należą ostrykiwanie skóry owłosionej głowy autologicznym osoczem bogatopłytkowym (PRP, *platelet-rich plasma*) oraz fibryną bogatopłytkową (PRF, *platelet-rich fibrin*). Dotychczas ukazało się wiele publikacji na temat skuteczności leczenia AGA przy pomocy PRP, natomiast niewiele jest doniesień nt. fibryny bogatopłytkowej. Celem pracy jest porównanie obiektywnej i subiektywnej skuteczności leczenia AGA z wykorzystaniem dwóch ww. metod.

## OCENA AKTYWNOŚCI I USZKODZENIA W TWARDZINIE OGRANICZONEJ NA WIZUALNYCH SKALACH ANALOGOWYCH ORAZ SKALI LOSCAT W RELACJI Z JAKOŚCIĄ ŻYCIA CHORYCH

Alina Skrzypek-Salamon, Irmina Ranosz-Janicka, Anna Lis-Święty

Klinika i Katedra Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

**Wstęp:** Twardzina ograniczona (LoS, *localized scleroderma*) jest przewlekłą chorobą skóry (czasem także tkanek głębiej położonych: tkanka podskórna, mięśnie, kości), która powoduje trwałe defekty estetyczne i funkcjonalne.

Zróznicowana morfologia kliniczna, objawy pozaskórne i brak badań laboratoryjnych specyficznych dla choroby utrudniają ocenę LoS. Skala LoSCAT (*Localized Scleroderma Cutaneous Assessment Tool*) różnicująca aktywność i uszkodzenie w LoS jest narzędziem zyskującym na popularności. Wizualne skale analogowe (VAS, *Visual Analogue Scales*) wykorzystywano do wystawiania lekarskiej (*Phys-, Physician*) oraz wystawianej przez pacjenta (*Pt-, Patient*) całościowej oceny (GA, *Global Assessment*) aktywności/ciężkości (*-A/-S, activity/severity*) i uszkodzenia (*-D, damage*) w LoS u dzieci.

**Cel pracy:** Porównanie VAS i LoSCAT z wynikami oceny jakości życia dorosłych chorych na LoS.

**Materiał i metody:** Lekarskie oceny choroby (LoSCAT, PhysGA-A/-D) oraz oceny choroby przez pacjentów (PtGA-S/-D) wystawiono dwukrotnie z zachowaniem 48 godzinowego odstępu w grupie 40 chorych na różne postaci LoS (podtyp plackowaty — 18, atrophoderma Pasini i Pierini — 8, uogólniony — 7, mieszany — 4, liniowy — 3 pacjentów). Jakość życia związaną ze zdrowiem oceniono wykorzystując Skindex-29 oraz Short Form-36.

**Wyniki:** Rzetelność VAS oraz LoSCAT była satysfakcjonująca, wyższa dla LoSCAT. Wykryto zależności pomiędzy VAS i oceną jakości życia: PhysGA-A korelowała z domeną fizyczną SF-36 a PtGA-D z wszystkimi domenami Skindex-29 oraz z domeną mentalną SF-36. Indeks mLoSSI korelował tylko z domeną mentalną skali SF-36, podczas gdy LoSDI nie wykazywał żadnych zależności z jakością życia chorych na LoS.

**Wnioski:** Używanie LoSCAT jako jedyne narzędzia do oceny LoS jest niewystarczające. Duże znaczenie w holistycznym podejściu do pacjenta mają VAS uwzględniające oprócz zmian skórnych także objawy podmiotowe i pozaskórne manifestacje choroby.

## ŚWIERZB — AKTUALNY PROBLEM MEDYCZNY I SPOŁECZNY. ANALIZA RETROSPEKTYWNA

Julia Nowowiejska<sup>1</sup>, Monika Emilia Groth<sup>1</sup>, Paulina Grabowska<sup>2</sup>, Magdalena Olszyńska<sup>2</sup>, Anna Baran<sup>1</sup>, Iwona Flisiak<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

**Wstęp:** Świerzb jest powszechną pasożytniczą chorobą skóry spowodowaną przez świerzbowca ludzkiego. Na świecie odnotowuje się 200 milionów przypadków rocznie u ludzi w każdym wieku.

**Cel pracy:** Analiza retrospektywna dokumentacji pacjentów hospitalizowanych w Klinice z powodu świerzbu.

**Materiały i metody:** Analizie poddano pacjentów hospitalizowanych z powodu świerzbu w Klinice w latach 2010–2016. Pod uwagę brano płeć, wiek pacjentów, choroby współistniejące, przebieg kliniczny choroby oraz zastosowane leczenie.

**Wyniki:** W tym czasie hospitalizowano 193 pacjentów ze świerzbem, 96 kobiet (49,7%) i 97 mężczyzn (50,3%), w tym 33 dzieci (17%). Średni wiek pacjentów wynosił 52,9. Zmiany skórne utrzymywały się średnio 5 miesięcy; nawroty odnotowano w 14% przypadków. Objawy dermatologiczne obserwowano najczęściej zimą i wiosną. Najczęstszymi wykwitami były nadżerki (80,8%), pryszczki (73,6%), grudki (72,6%) i strupy (24,3%), zlokalizowane najczęściej na tułowiu (92%), kończynach dolnych (91%) i górnych (86%). U 181 pacjentów (93,8%) wystąpił świąd, nasilający się w nocy u 35,8% z nich. Najczęstszymi chorobami współistniejącymi były: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca i choroba wieńcowa. Wśród towarzyszących dermatoz odnotowano wyprysk, nadkażenie bakteryjne oraz łuszczycę. 85 pacjentów (44%) miało nadwagę lub było otyłych. Większość pacjentów leczono miejscowo permetryną (57%), krotamitonem (29%), glikokortykosteroidami (73%) oraz antybiotykami (11%) i doustnymi lekami przeciwhistaminowymi (91%).

**Wnioski:** Analiza ujawniła częstsze występowanie świerzbu u dorosłych bez ewidentnej przewagi płci. Częstsze występowanie zimą może mieć związek z częstszym pozostawianiem ludzi w domu i w bliższym kontakcie ze sobą o tej porze roku. Świąd jest najczęstszym objawem subiektywnym, który typowo nasila się w nocy.

## ANALIZA WIEDZY I ŚWIADOMOŚCI STUDENTÓW BIAŁOSTOCKICH UCZELNI NA TEMAT CHOROBY PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ — BADANIE ANKIETOWE

Marta Lewoc<sup>1</sup>, Paulina Grabowska<sup>1</sup>, Olivia Jakubowicz-Zalewska<sup>1</sup>, Paulina Mierzejewska<sup>1</sup>, Anna Baran<sup>2</sup>, Iwona Flisiak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup>Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

**Wstęp:** Infekcje przenoszone drogą płciową (STIs, *sexually transmitted infections*) stanowią poważny problem zdrowia publicznego, wykrywany u ponad 1 miliona osób każdego dnia na całym świecie.

**Cel badania:** Analiza wiedzy, ryzykownych zachowań oraz działań prewencyjnych dotyczących STIs wśród studentów kierunków medycznych i niemedycznych białostockich uczelni wyższych.

**Materiał i metody:** W 2018 roku przeprowadzono anonimową ankietę złożoną z 37 pytań wśród 168 studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i 142 studentów uczelni niemedycznych. Analizę statystyczną przeprowadzono w oparciu o test Chi-kwadrat, z poziomem istotności statystycznej  $p < 0,05$ .

**Wyniki:** Kobiety stanowiły 80,6% wszystkich respondentów, mężczyźni 19,4%, średni wiek wynosił 21,9 lat. Ponad 73% ogółu osób była aktywna seksualnie, 47% z nich deklaruwała ryzykowne zachowania seksualne w przeszłości. Blisko 16% było badanych w kierunku STIs. Najbardziej rozpoznawaną przez respondentów STIs była infekcja HIV, podczas gdy zapalenie wątroby typu B było rozpoznawane tylko przez studentów kierunków medycznych. Blisko ¾ studentów wiedziało, że STIs mogą przebiegać bezobjawowo. Ponad połowa studentów miała świadomość istnienia jakichkolwiek szczepień przeciwko STIs, 88,6% z nich wskazywało na szczepienie przeciwko HPV. Między grupami istniała istotność statystyczna w zakresie wiedzy o chorobach przenoszonych drogą płciową i możliwych miejscach badania w ich kierunku, czynnikach etiologicznych oraz historii badania w kierunku STIs.

**Wnioski:** Niemal wszyscy respondenci potrafili wskazać infekcję HIV jako STIs. Niestety wiedza o pozostałych STIs jest dużo mniejsza. Obie grupy wskazały potrzebę edukacji w zakresie STIs, a jako główne źródło informacji wskazały internet. Podsumowując, studenci uczelni niemedycznych są mniej świadomi STIs.

**Słowa kluczowe:** choroby przenoszone drogą płciową, ryzykowne zachowania seksualne, edukacja seksualna

## METODA ILOŚCIOWEJ OCENY REAKCJI POSZERZONYCH NACZYŃ KRWIONOŚNYCH NA ŚWIATŁO IPL

Aleksandra Lipka-Trawińska<sup>1</sup>, Anna Deda<sup>2</sup>, Barbara Błońska-Fajfrowska<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Katedra Podstawowych Nauk Biomedycznych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Sosnowiecki Szpital Miejski, Sosnowiec

<sup>2</sup>Katedra Kosmetologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Sosnowiec

<sup>3</sup>Katedra Podstawowych Nauk Biomedycznych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Sosnowiec

**Wstęp:** Zmiany naczyniowe zlokalizowane na twarzy stanowią jedną z najczęstszych przyczyn wizyt pacjentów w gabinetach dermatologicznych oraz kosmetologicznych. Światło wysokoenergetyczne jest powszechnie stosowane w redukcji zmian naczyniowych takich jak: rumień, teleangiektazje czy niewielkie wenektazje. Dużą trudnością stanowi obiektywna ocena skuteczności oraz trwałości przeprowadzanych zabiegów z wykorzystaniem promieniowania wysokoenergetycznego.

**Cel pracy:** Celem niniejszej pracy jest próba opracowania obiektywnych metod pomiaru pozwalających na ilościową ocenę odpowiedzi poszerzonych naczyń krwionośnych w obrębie skóry na zabiegi z zastosowaniem światła IPL.

**Materiał i metody:** Badaniem wstępnym objęto 13 ochotników, którzy zmagali się ze zmianami rumieniowymi, cerą naczyniową i/lub trądzikiem różowatym. U każdego z ochotników wykonano akwizycję zdjęć



skóry z użyciem systemu FOTOMEDICUS oraz badanie meksametrem. Zabiegi mające na celu redukcję rumienia zostały przeprowadzone przy pomocy urządzenia Lumeca. U każdego z 13 ochników wykonano 3 zabiegi z użyciem światła IPL. Dokumentację fotograficzną pozyskaną z użyciem systemu FOTOMEDICUS poddano analizie GLCM (*Grey Level Co-Occurrence Matrix*).

**Wyniki:** Po serii trzech zabiegów z użyciem światła IPL zauważono znaczną redukcję nasilenie zmian rumieniowych u wszystkich ochników. Subiektywną ocenę lekarza i pacjentów potwierdzają wyniki analizy GLCM.

**Wnioski:** Seria 3 zabiegów z wykorzystaniem źródła IPL wydaje się wystarczająca do uzyskania redukcji zmian naczyniowych w skórze twarzy. Analiza GLCM może być skuteczną metodą identyfikacji zmian naczyniowych skóry oraz może zostać wykorzystana do oceny efektywności terapii mających na celu redukcję zmian rumieniowych.

### CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA TRĄDZIKU ZWYKŁEGO WŚRÓD LICEALISTÓW ORAZ OSÓB PRACUJĄCYCH — PORÓWNANIE POPULACJI NA POMORZU ZACHODNIM I W MAŁOPOLSCE

Alicja Klisowska, Magdalena Król, Jadwiga Kalicińska, Radosław Śpiewak

Zakład Dermatologii Doświadczalnej i Kosmetologii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

**Wstęp:** Trądzik pospolity jest powszechnym problemem, którego rozpowszechnienie może zależeć od wieku oraz czynników klimatycznych i geograficznych.

**Cel pracy:** Celem pracy było porównanie częstości występowania problemów trądzikowych wśród mieszkańców województwa zachodniopomorskiego oraz małopolskiego w dwóch grupach wiekowych.

**Materiał i metody:** Badania ankietowe w obu województwach zostały przeprowadzone wśród licealistów i osób pracujących. Ankieta zawierała fotografie zmian typowych dla trądziku zwykłego, a uczestnicy badania zaznaczali, czy takie zmiany skórne u nich występowały. Dla uzyskanych wyników wyliczono 95% przedział ufności (95% CI), a istotność statystyczną obserwowanych różnic oszacowano za pomocą testu Chi<sup>2</sup>.

**Wyniki:** W województwie zachodniopomorskim w badaniu wzięło udział 140 licealistów i 100 osób pracujących. Według deklarowanych odpowiedzi w województwie zachodniopomorskim, ze zmianami trądzikowymi kiedykolwiek w życiu zmagalo się 66% ankietowanych licealistów (95% CI: 58,6–74,3%) i 59% osób pracujących (95% CI: 49,4–68,6%). Natomiast w województwie małopolskim w badaniu wzięło udział 188 licealistów oraz 102 osoby pracujące. W województwie małopolskim występowanie zmian trądzikowych kiedykolwiek w życiu zgłosiło 88% ankietowanych licealistów (95% CI: 84,3–93,9%) oraz 59% osób pracujących (95% CI: 49,3–68,4%). Różnica częstości występowania zmian trądzikowych między licealistami zachodniopomorskimi i małopolskimi nie była istotna statystycznie ( $p = 0,08$ ), a także różnica między osobami pracującymi w obu regionach nie była istotna statystycznie ( $p = 1$ ).

**Wnioski:** Licealiści na Pomorzu Zachodnim odczuwają ten problem rzadziej niż ich rówieśnicy w Małopolsce, natomiast wśród osób w starszej grupie wiekowej nie zauważono różnicy w częstości występowania zmian trądzikowych.

### ANALIZA PORÓWNAWCZA POTOCZNEGO SŁOWNICTWA STOSOWANEGO DLA OPISANIA PROBLEMÓW TRĄDZIKOWYCH NA POMORZU ZACHODNIM ORAZ W MAŁOPOLSCE

Magdalena Król, Alicja Klisowska, Jadwiga Kalicińska, Radosław Śpiewak

Zakład Dermatologii Doświadczalnej i Kosmetologii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

**Wstęp:** Istotnym warunkiem skutecznej komunikacji w placówkach medycznych oraz w gabinetach kosmetycznych jest używany język, czyli słowa. Stosowane przez personel medyczny fachowe słownictwo może być niezrozumiałe dla pacjentów.

**Cel pracy:** Celem pracy była analiza słownictwa potocznego stosowanego w opisywaniu wybranych zmian trądzikowych przez mieszkańców województwa zachodniopomorskiego (Chojna i Stargard) oraz małopolskiego (Tarnów i okolice).

**Materiał i metody:** W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, a jej narzędziem był kwestionariusz złożony z 20 pytań.

Przeanalizowano użyte przez respondentów słownictwo potoczne (terminy, które nie wystąpiły w Wielkim Słowniku Medycznym i Leksykonie Dermatologicznym) i zestawiono je w formie tabel, odpowiednio dla każdej z badanych grup.

**Wyniki:** W województwie małopolskim użyte słownictwo potoczne stanowiło 81% wszystkich odpowiedzi wśród licealistów i 53% wśród osób pracujących. Natomiast w województwie zachodniopomorskim potoczne słownictwo do opisanie trądzikowych zmian skórnych pojawiło się w 68% użytych terminów wśród licealistów i w 42% wśród osób pracujących. Różnica w używaniu słownictwa potocznego między licealistami małopolskimi a zachodniopomorskimi była istotna statystycznie ( $p = 0,003$ ), jak również w przypadku osób pracujących ( $p = 0,009$ ). Przykładowymi terminami użytymi do nazewnictwa zaskórników otwartych wśród licealistów województwa małopolskiego były „dziurki”, „czerek” lub „pory podskórne”, a w województwie zachodniopomorskim „wągry”, „chrostki”, „trądzik różyczkowy”.

**Wnioski:** Pacjenci głównie posługują się słownictwem potocznym do opisanie zmian trądzikowych. W obu badanych województwach słownictwo potoczne dominuje w wypowiedziach licealistów, natomiast osoby w starszej grupie wiekowej częściej posługują się terminami słownikowymi.

### OCENA WPŁYWU LEKÓW CHEMIOTERAPEUTYCZNYCH NA WYSTĘPOWANIE SKÓRNYCH OBJAWÓW NIEPOŻĄDANYCH

Dominika Ragin, Magdalena Basałygo, Barbara Zegarska

Katedra Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej, Collegium Medicum, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Bydgoszcz

**Wstęp:** W trakcie leczenia onkologicznego pacjenci obserwują objawy niepożądane ze strony skóry i przydatków. Występują one z różnym nasileniem i wiążą się z rodzajem zastosowanej terapii lekowej.

**Cel pracy:** Ustalenie, czy istnieje korelacja między różnymi onkologicznymi terapiami lekowymi a występowaniem skórnych objawów niepożądanych.

**Materiał i metody:** Do badania zakwalifikowano 115 pacjentów (46% kobiet i 54% mężczyzn), w wieku od 23 do 85 lat (średnio 59 lat), będących w trakcie hospitalizacji na Oddziale Chemioterapii i Oddziale Onkologii Klinicznej w Centrum Onkologii w Bydgoszczy od lutego do sierpnia 2019 r. Częstość występowania skórnych objawów niepożądanych oceniono za pomocą autorskiego kwestionariusza. Analizę statystyczną przeprowadzono, stosując metodę analizy macierzy współczynników korelacji ( $p < 0,05$ ).

**Wyniki:** Badanie wykazało, że najczęstszymi objawami niepożądanymi były: suchość skóry ( $n = 83$ ; 72%), wypadanie włosów ( $n = 72$ ; 63%), nadpotliwość ( $n = 57$ ; 50%). Terapią, która wywoływała najwięcej objawów w obrębie skóry i przydatków, był schemat FOLFIRI (5-fluorouracyl, irynotekan) oraz leczenie cetuksymabem ( $p < 0,05$ ). Korelacje o największej sile występowały między stosowaniem cetuksymabu a zmianami trądzikowymi ( $r = 0,5273$ ), łuszczeniem się skóry ( $r = 0,4524$ ) i zmianami w obrębie płytki paznokciowej ( $r = 0,4489$ ), a także między leczeniem etopozydem a wypadaniem włosów ( $r = 0,4009$ ). W wielu analizowanych przypadkach pojawiała się istotna dodatnia zależność między ilością przyjętych przez pacjenta dawek leków i natężeniem występowania problemów skórnych.

**Wnioski:** Obecność objawów niepożądanych w obrębie skóry i przydatków jest zależna od rodzaju leczenia systemowego w terapii przeciwnowotworowej. Ilość przyjętych przez pacjenta dawek leków istotnie koreluje ze stopniem nasilenia skórnych objawów niepożądanych.

**Słowa kluczowe:** onkologia, chemioterapia, skórne objawy niepożądane

### OCENA SKUTECZNOŚCI PEELINGU ZŁOŻONEGO Z KWASEM TRANEKSAMOWYM W TERAPII MELASMY

Anna Deda<sup>1</sup>, Aleksandra Lipka-Trawińska<sup>2</sup>, Sławomir Wilczyński<sup>3</sup>, Anna Stolecka-Warzecha<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Katedra Kosmetologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Sosnowiec

<sup>2</sup>Katedra Podstawowych Nauk Biomedycznych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Sosnowiecki Szpital Miejski, Sosnowiec

<sup>3</sup>Katedra Podstawowych Nauk Biomedycznych, Sosnowiec

**Wstęp:** Zmiany hiperpigmentacyjne o różnym podłożu często powodują dyskomfort u pacjentów gabinetów dermatologicznych

i kosmetycznych. Szczególną trudność stanowi uzyskanie długotrwałego rozjaśnienia przebarwień o charakterze melasmy. Wykonywanie procedur inwazyjnych zarówno przy użyciu światła wysokoenergetycznego jak i peelingu chemicznego może wtórnie powodować przebarwienia pozapalne i w konsekwencji pogorszenie stanu skóry.

**Cel pracy:** Celem niniejszej pracy jest ocena skuteczności redukcji melasmy przy pomocy mieszaniny alfa-hydroksykwasów z kwasem trójchlorooctowym oraz kwasem traneksamowym.

**Materiał i metody:** Badaniem wstępnym objęto 12 ochotników, którzy zmagałi się ze zmianami hiperpigmentacyjnymi. U każdego z ochotników wykonano akwizycję zdjęć skóry z użyciem systemu FOTOMICUS oraz badanie meksametrem. Zabiegi mające na celu redukcję przebarwień zostały przeprowadzone sześciokrotnie, zgodnie z zaleceniami producenta. Dokumentację fotograficzną pozyskaną z użyciem syste-

mu FOTOMICUS poddano analizie GLCM (*Grey Level Co-Occurrence Matrix*). Do oceny stopnia nasilenia zmian zastosowano również skalę MASI (*Melasma Area and Severity Index*).

**Wyniki:** Po serii sześciu zabiegów z użyciem mieszaniny alfa-hydroksykwasów z kwasem traneksamowym zauważono znaczną redukcję nasilenia zmian hiperpigmentacyjnych. Subiektywną ocenę lekarza i pacjentów potwierdzają wyniki analizy GLCM.

**Wnioski:** Seria 6 zabiegów z wykorzystaniem mieszaniny alfa-hydroksykwasów z kwasem traneksamowym wydaje się wystarczająca do uzyskania redukcji zmian hiperpigmentacyjnych typu ostudy. Analiza GLCM może być, obok powszechnie stosowanej skali MASI, skuteczną metodą oceny efektywności terapii mających na celu redukcję zmian hiperpigmentacyjnych.

**Słowa kluczowe:** melasma, kwas traneksamowy, analiza GLCM

## PRACE EKSPERYMENTALNE I

### OCENA PORÓWNAWCZA PRZYDATNOŚCI BADANIA PRZESIEWOWEGO W KIERUNKU GRUŹLICY TESTEM *IN VITRO* MIERZĄCYM WYDZIELANIE INTERFERONU GAMMA U RODZIMYCH CHORYCH Z PĘCHERZYCĄ KWALIFIKOWANYCH DO LECZENIA RYTUKSYMABEM

Paweł Bartkiewicz<sup>1</sup>, Magdalena Jałowska<sup>1</sup>, Justyna Gornowicz-Porowska<sup>2</sup>, Agnieszka Seraszek-Jaros<sup>3</sup>, Elżbieta Kaczmarek<sup>3</sup>, Monika Bowszyc-Dmochowska<sup>4</sup>, Marian Dmochowski<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pracownia Autoimmunizacyjnych Dermatyz Pęcherzowych, Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

<sup>2</sup>Katedra i Zakład Naturalnych Surowców Leczniczych i Kosmetycznych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

<sup>3</sup>Zakład Bioinformatyki i Biologii Obliczeniowej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

<sup>4</sup>Pracownia Histopatologii i Immunopatologii Skóry, Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

**Wstęp:** Choroby kręgu pęcherzycy można leczyć rytuksymabem (RTX).

**Cel pracy:** Oceniono porównawczo przydatność testu QuantiFERON-TB Gold Plus (QFT-Plus) mierzącego wydzielanie interferonu gamma (IGRA) u rodzimych chorych z pęcherzyką kwalifikowanych do leczenia RTX.

**Materiał i metody:** W Pracowni Autoimmunizacyjnych Dermatyz Pęcherzowych Katedry i Kliniki Dermatologii UMP wybrano do przebadania QFT-Plus 18 chorych na pęcherzykę (grupa badana), których zamierzano leczyć RTX. Grupa kontrolna obejmowała 90 pracowników szpitalnych przebadanych QFT-Plus z powodu kontaktu z pracownicą sprzątającą, u której wykryto czynną gruźlicę płuc.

**Wyniki:** U 6 z 18 chorych na pęcherzykę stwierdzono dodatni wynik testu, u 1 wynik nieokreślony, a u 1 pierwotnie wynik nieokreślony, a następnie ujemny. U 26 z 90 pracowników stwierdzono dodatni wynik testu, a u żadnego nie było wyniku nieokreślonego. Analiza statystyczna testem Fishera nie wykazała różnicy istotnej statystycznie w zakresie wyników dodatnich QFT-Plus między grupami ( $p = 0,5577$ ). Spośród chorych z pierwotnie nieujemnym wynikiem testu, jedną chorą z uporczywą pęcherzyką zwykłą współistniejącą z pierwotną małopłytkowością immunologiczną po profilaktycznym zastosowaniu przez pulmonologa izoniazidu + ryfampicyny z powodu wyniku dodatniego QFT-Plus leczono RTX, uzyskując wygojenie zmian śluzówkowych i normalizację liczby trombocytów, a u pozostałych 7 odstąpiono od terapii RTX.

**Wnioski:** Uprzednie leczenie immunosupresyjne i choroba autoimmunizacyjna zdają się nie wpływać na zwiększenie uzyskiwania wyników dodatnich testem IGRA QFT-Plus. Test ten ujawnia znaczne narażenie w populacji rodzimej na zakażenie prątkiem gruźlicy niezależne od choroby autoimmunizacyjnej, a wynik tego testu może być punktem wyjścia do wykrycia chorych wymagających lekowej profilaktyki przeciwgruźliczej przed zastosowaniem RTX.

**Słowa kluczowe:** pęcherzyca, rytuksymab, gruźlica

### OCENA STĘŻENIA INTERLEUKINY 17 W SUROWICY PACJENTÓW ZE SKÓRNYM LISZAJEM PŁASKIM

Magdalena Żychowska<sup>1</sup>, Aleksandra Batycka-Baran<sup>2</sup>, Danuta Nowicka-Suszek<sup>2</sup>, Wojciech Baran<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wrocław

**Wstęp:** Interleukina 17 (IL-17) jest cytokiną o plejotropowym działaniu prozapalnym, odgrywającą istotną rolę w wielu schorzeniach dermatologicznych. Nowe leki biologiczne skierowane przeciwko IL-17 są skuteczną metodą terapii m.in. łuszczycy plackowatej. Niewiele wiadomo jednak na temat znaczenia IL-17 w postaci skórnej liszaja płaskiego (CLP, *cutaneous lichen planus*).

**Cel pracy:** Ocena stężenia IL-17 w surowicy pacjentów z CLP.

**Materiał i metody:** Do badania włączono 52 dorosłych pacjentów, bez istotnych schorzeń zapalnych i autoimmunologicznych, z potwierdzonym histologicznie CLP. Grupę kontrolną stanowiło 27 zdrowych ochotników, odpowiednio dobranych pod względem płci i wieku. Z uczestnikami badania zebrano szczegółowy wywiad. Rozległość zmian skórnych oceniono przy pomocy „reguły dłoni”. Nasilenie świądu oceniono za pomocą skali numerycznej (NRS, *numeric rating scale*) i 4-punktowego kwestionariusza oceny świądu. Stężenie IL-17 w surowicy oznaczono metodą immunoenzymatyczną ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*) przy użyciu gotowego zestawu ELISA Quantikine® HS (R&D Systems®, USA) Human IL-17.

**Wyniki:** Stężenie IL-17 w surowicy było istotnie statystycznie wyższe w grupie pacjentów z CLP w porównaniu ze zdrowymi ochotnikami ( $0,218 \pm 0,221$  ng/ml vs.  $0,126 \pm 0,058$  ng/ml;  $p = 0,025$ ). Nie stwierdzono zależności pomiędzy stężeniem IL-17 a płcią, wiekiem chorych, paleniem papierosów, czasem trwania choroby oraz rozległością CLP. Obecność świądu w obrębie zmian skórnych ani jego nasilenie w skali NRS i według 4-punktowego kwestionariusza oceny świądu nie były zależne od stężenia IL-17 w surowicy chorych.

**Wnioski:** Podwyższone stężenie w surowicy może wskazywać na istotną rolę IL-17 w patogenezie CLP i być przesłanką do wykorzystania w przyszłości w terapii przewlekających się postaci choroby przeciwcałkami monoklonalnymi skierowanymi przeciwko IL-17.

### ANALIZA IMMUNOHISTOCHEMICZNA POPULACJI KOMÓRKOWYCH TWORZĄCYCH NACIEK ZAPALNY W SKÓRNYM LISZAJU PŁASKIM

Magdalena Żychowska<sup>1</sup>, Wojciech Baran<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wrocław

**Wstęp:** Skórny liszaj płaski (CLP, *cutaneous lichen planus*) jest przewlekłą dermatozą zapalną o nie do końca poznanej etiologii. Charakterystyczną cechą histologiczną jest obecność pasmowatego, w przewodzie limfocytarnego, nacieku zapalnego na granicy skórno-naskórkowej. Niewiele wiadomo na temat dystrybucji i fenotypu poszczególnych populacji komórkowych w nacieku zapalnym w CLP.

**Cel pracy:** Ocena jakościowa i ilościowa ekspresji poszczególnych markerów komórkowych w zmianach chorobowych w przebiegu CLP. **Materiał i metody:** Do oznaczeń wykorzystano archiwalne bloczki parafinowe pochodzące od 14 pacjentów z potwierdzonych histologicznie rozpoznaniem CLP. Dodatkowo od 11 zdrowych ochotników pobrano biopsję sztancową ze zdrowej skóry w miejscu nieekspozowanym na słońce. W biopsjach tkankowych wykonano oznaczenia immunohistochemiczne markerów komórkowych: CD4, CD8, CD20, CD56, CD68, c-Kit oraz Foxp3. Pozytywnie wybarwione komórki zliczono w 10 polach widzenia przy powiększeniu 200-krotnym i wyliczono wartość średnią dla danego preparatu.

**Wyniki:** W zmianach chorobowych w przebiegu CLP stwierdzono istotnie statystycznie większą liczbę komórek wykazujących ekspresję CD4 ( $221,62 \pm 179,59$  vs.  $31,86 \pm 12,77$ ;  $p < 0,001$ ), CD8 ( $126,91 \pm 73,55$  vs.  $21,02 \pm 24,7$ ;  $p < 0,001$ ), CD68 ( $97,94 \pm 48,62$  vs.  $35,56 \pm 13,86$ ;  $p < 0,001$ ), Foxp3 ( $60,49 \pm 36,09$  vs.  $6,86 \pm 7,1$ ;  $p < 0,001$ ), CD56 ( $32,64 \pm 19,14$  vs.  $16,76 \pm 12,37$ ;  $p = 0,019$ ) oraz CD20 ( $64,72 \pm 65,06$  vs.  $6,26 \pm 3,53$ ;  $p < 0,001$ ) w porównaniu z prawidłową skórą zdrowych ochotników. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w ekspresji c-Kit w zmianach chorobowych CLP i zdrowej skórze ( $27,46 \pm 29,71$  vs.  $22,05 \pm 7,68$ ;  $p = 0,57$ ).

**Wnioski:** Stwierdzenie ekspresji licznych markerów przemawia za dużą różnorodnością populacji komórkowych tworzących naciek zapalny w CLP. Wysoka ekspresja Foxp3, CD20 i CD56, uznawanych za markery odpowiednio limfocytów Treg, limfocytów B i komórek NK, może wskazywać, że komórki te współuczestniczą w patogenezie CLP.

## OCENA STĘŻENIA SFINGOLIPIDÓW I KWASÓW TŁUSZCZOWYCH W SUROWICY PACJENTÓW Z ŁUSZCZYCĄ I ICH ZWIĄZEK Z CZYNNIĄ WĄTROBY

Dorota Kozłowska, Hanna Myśliwiec, Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

**Wstęp:** Kwasy tłuszczowe (FA, *fatty acids*) oraz sfingolipidy są cząsteczkami sygnałowymi w szlakach zapalnych i metabolicznych. Ich nieprawidłowy metabolizm może przyczyniać się do rozwoju zaburzeń funkcji wątroby u pacjentów z łuszczycą.

**Cel pracy:** Ocena wpływu nasilenia łuszczycy, wykładników stanu zapalnego i zaburzeń metabolicznych na stężenie aminotransferazy alaninowej (ALT) jako markera chorób wątroby oraz analiza zależności pomiędzy stężeniem ALT a stężeniem kwasów tłuszczowych i sfingolipidów w surowicy pacjentów z łuszczycą.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto 85 pacjentów z łuszczycą plackowatą oraz 32 zdrowe osoby z grupy kontrolnej. Stężenie sfingolipidów oraz 14 FA w surowicy zmierzono metodą chromatografii gazowo-cieczowej.

**Wyniki:** Stwierdzono wyższy wskaźnik PASI ( $p = 0,01$ ) oraz wyższe stężenie CRP ( $p = 0,02$ ) w grupie pacjentów z łuszczycą ze stężeniem ALT przekraczającym normę. Stężenie ALT w surowicy dodatnio koreluje ze stężeniem nasyconych kwasów tłuszczowych (SFA, *saturated fatty acids*) ( $p = 0,01$ ,  $r = 0,27$ ) oraz stosunkiem nasyconych do nienasyconych kwasów tłuszczowych (SFA/UFA) ( $p = 0,01$ ;  $r = 0,26$ ). Stężenie ALT negatywnie koreluje ze stężeniem UFA ( $p = 0,008$ ,  $r = -0,28$ ). Stężenie ceramidu mirystynowego oraz sfingozyno-1-fosforanu w surowicy było wyższe u pacjentów z podwyższonym stężeniem ALT (odpowiednio  $p = 0,024$ ,  $p = 0,025$ ).

**Wnioski:** Pacjenci z nasiloną łuszczycą mają podwyższone stężenie ALT we krwi. Zmieniony profil stężenia kwasów tłuszczowych i sfingolipidów w surowicy pacjentów z łuszczycą może stanowić ogniwo patogenetyczne i prowadzić do rozwoju zaburzeń czynności wątroby u tych chorych.

## FGF 21 JAKO NOWY MARKER ROZWOJU ZABURZEŃ KARDIOMETABOLICZNYCH U CHORYCH NA ŁUSZCZYCĘ. WYNIKI WSTĘPNE

Paulina Kiluk<sup>1</sup>, Anna Baran<sup>1</sup>, Tomasz Kamiński<sup>2</sup>, Magdalena Maciaszek<sup>3</sup>, Iwona Flisiak<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup>Zakład Farmakodynamiki, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>3</sup>Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Wstęp:** Łuszczyca jest przewlekłą chorobą skóry, ze zwiększonym ryzykiem rozwoju powikłań kardiometabolicznych. Czynniki wzrostu

fibroblastów 21 (FGF 21, *fibroblast growth factor 21*) oraz 23 (FGF 23, *fibroblast growth factor 23*) coraz częściej są określane markerami rozwoju zaburzeń metabolicznych.

**Cel pracy:** Ocena stężeń FGF21 i FGF23 w surowicy chorych na łuszczycę oraz analiza powiązań między nimi a aktywnością choroby, wykładnikami stanu zapalnego i zaburzeń metabolicznych oraz leczeniem ogólnym.

**Materiał i metody:** Do badania włączono 33 pacjentów z łuszczycą plackowatą i 11 osób zdrowych. Próbkę krwi pobierano przed i po 3 miesiącach terapii acytretyną lub metotreksatem. Poziomy FGF w surowicy oceniano za pomocą testu Bio-Plex 200 System.

**Wyniki:** Stężenie FGF21 w surowicy pacjentów z łuszczycą było znacznie wyższe w porównaniu z grupą kontrolną ( $p < 0,05$ ). Wyższe stężenie FGF21 odnotowano w grupie pacjentów otyłych ( $p < 0,01$ ) oraz z najbardziej nasilonymi zmianami skórnymi ( $p < 0,05$ ). Wykazano graniczną dodatnią korelację między stężeniem FGF21 a aktywnością choroby. Stężenie FGF23 nie różniło się istotnie pomiędzy grupą badaną i kontrolną. Nie stwierdzono istotnego wpływu leczenia systemowego na stężenia FGF21 i FGF23, pomimo poprawy klinicznej. Zaobserwowano blisko trzykrotne zmniejszenie stężeń FGF21 po leczeniu acytretyną ( $p < 0,05$ ).

**Wnioski:** Ocena stężenia FGF 21 w surowicy pacjentów z łuszczycą może posłużyć jako nowy czynnik predykcyjny rozwoju chorób kardiometabolicznych, szczególnie u pacjentów z ciężką łuszczycą lub otyłością.

**Słowa kluczowe:** łuszczyca zwyczajna, czynnik wzrostu fibroblastów 21, czynnik wzrostu fibroblastów 23

## MARKERY REAKCJI ZALANEJ U PACJENTÓW Z ŁUSZCZYCĄ I OTYŁOŚCIĄ

Marta Denisow-Pietrzyk

Oddział Dermatologii, 1. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie, Zakład Dydaktyki i Symulacji Medycznej Katedra Anatomii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

**Wstęp:** Łuszczyca zaliczana jest do chorób o złożonej i nie do końca wyjaśnionej etiopatogenezie. Kluczową rolę w rozwoju zmian łuszczycowych przypisuje się cytokinom. Sugeruje się, że nadmierna masa tkanki tłuszczowej predysponuje do rozwoju łuszczycy i/lub zaostrenia jej przebiegu.

**Cel pracy:** Celem pracy była ocena odpowiedzi zapalnej pacjentów z łuszczycą pospolitą w zależności od wskaźnika masy ciała.

**Materiał i metody:** Do badania zakwalifikowano 32 pacjentów leczonych z powodu łuszczycy pospolitej w Oddziale Dermatologicznym 1. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Lublinie, którzy zostali podzieleni na dwie grupy, w zależności od wartości wskaźnika masy ciała. Grupę kontrolną stanowiło 14 osób zdrowych. Materiał do badań stanowiło osocze krwi żyłnej, w którym oceniano stężenie cytokin, tj.: IL-6, IL-36alfa, IL-36beta, IL-36gamma, IL-37 i IL-38.

**Wyniki:** W osoczu pacjentów z łuszczycą obserwowano istotnie wyższe stężenia IL-6, IL-36alfa, IL-36beta, IL-36gamma oraz istotnie niższe stężenia IL-37 oraz IL-38 w porównaniu do osób zdrowych. Pacjenci z łuszczycą i otyłością charakteryzowali się znacznie wyższym stężeniem IL-6, IL-36alfa, IL-36beta, w porównaniu do pacjentów z łuszczycą i prawidłową masą ciała. Nie odnotowano istotnych różnic stężeń IL-36gamma, IL-37 oraz IL-38 pomiędzy pacjentami z łuszczycą i otyłością a pacjentami z łuszczycą i prawidłową masą ciała.

**Wnioski:** Pacjenci z łuszczycą charakteryzują się istotnie wyższym osoczym stężeniem cytokin prozapalnych: IL-6, IL-36alfa, IL-36beta, IL-36gamma oraz istotnie niższym osoczym stężeniem cytokin przeciwzapalnych: IL-37 oraz IL-38 w porównaniu do osób zdrowych. Otyłość wpływa na wzrost stężeń cytokin prozapalnych u pacjentów z łuszczycą, podczas gdy nie stwierdzono wpływu otyłości na stężenie cytokin przeciwzapalnych u pacjentów z łuszczycą.

## PCSK9 JAKO POTENCJALNY WSKAŹNIK WYBORU METODY LECZENIA U PACJENTÓW Z ŁUSZCZYCĄ

Julita Anna Krahel<sup>1</sup>, Anna Baran<sup>1</sup>, Tomasz Kamiński<sup>2</sup>, Iwona Flisiak<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup>Zakład Farmakodynamiki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

**Wstęp:** Konwertaza probiałkowa typu 9 o aktywności subtylizyny/keksyny (PCSK9, *proprotein convertase subtilisin/kexin 9*) jest głównym regula-

toem stężenia lipoproteiny niskiej gęstości (LDL, *low density lipoprotein*), znanego czynnika rozwoju miażdżycy, ale również łuszczycy. Stężenie PCSK9 we krwi jest znamienne podwyższone u chorych z zespołem metabolicznym, który z kolei dotyczy ponad połowy chorych na łuszczycę. Wykazano związek PCSK9 z przewlekłym stanem zapalnym i stresem oksydacyjnym, które są podstawowym elementem w złożonej patogenezie tej dermatozy.

**Cel pracy:** Ocena wartości diagnostycznej stężenia PCSK9 w surowicy pacjentów z łuszczycą oraz jego związku z nasileniem choroby, stanem zapalnym, parametrami metabolicznymi i wpływem leczenia ogólnoustrojowego.

**Materiał i metody:** W badaniu wzięło udział trzydziestu pięciu pacjentów z aktywną łuszczycą płackowatą oraz osiemnastu zdrowych ochotników. Próbkę krwi pobrano przed i po 12 tygodniach leczenia metotreksatem lub acytretyną. Stężenia PCSK9 w surowicy analizowano za pomocą komercyjnych zestawów ELISA, parametry morfologiczne i biochemiczne przy użyciu rutynowych technik laboratoryjnych.

**Wyniki:** Stężenie PCSK9 było znamienne podwyższone u pacjentów z łuszczycą w porównaniu z grupą kontrolną ( $p < 0,01$ ). PCSK9 dodatnio korelowało z BMI, lipoproteinami o dużej gęstości (HDL) i cholesterolem całkowitym ( $p < 0,05$ ), ujemnie z LDL ( $p < 0,01$ ). Po trzech miesiącach terapii metotreksatem obserwowano znamienne obniżenie stężenia PCSK9 ( $p < 0,05$ ), natomiast acytretyna powodowała dalszy istotny wzrost stężenia PCSK9 ( $p < 0,05$ ).

**Wnioski:** PCSK9 może stanowić nowy biomarker łuszczycy oraz oceny ryzyka rozwoju zaburzeń metabolicznych w przebiegu choroby. Metotreksat powinien być lekiem pierwszego rzutu u pacjentów z podwyższonym stężeniem PCSK9.

## OCENA POLIMORFIZMÓW GENÓW PODJEDNOSTEK PSEN1 I APH1A GAMMA-SEKRETAZY U PACJENTÓW Z TRĄDZIKIEM ODWRÓCONYM

Katarzyna Kulig<sup>1</sup>, Beata Bergler-Czop<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego w Katowicach, Katedra i Klinika Dermatologii, Katowice

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

**Wstęp:** Trądzik odwrócony jest ciężką, przewlekłą, nawracającą dermatozą zapalną. W Polsce rozpowszechnienie choroby oszacowano na 0,001%. Etiologia choroby nie została w pełni poznana. Wiadomo, iż jest wieloczynnikowa. Choroba może występować zarówno rodzinnie jak i sporadycznie. Dodatni wywiad rodzinny stwierdza się u około 35–40% pacjentów. Wśród przyczyn genetycznych najczęściej opisywane są mutacje genów podjednostek gamma-sekretazy.

**Cel pracy:** Celem pracy była ocena polimorfizmu rs1800844 genu podjednostki PSEN1 oraz rs3754048 genu podjednostki APH1a gamma-sekretazy u osób chorych na trądzik odwrócony, u zdrowych członków ich rodzin a także wśród zdrowej grupy kontrolnej.

**Materiał i metody:** Grupę badaną stanowiło 31 osób chorujących na trądzik odwrócony oraz 28 zdrowych członków rodzin. Grupę kontrolną stanowiło 36 osób. Ocena polimorfizmów oznaczana była przy pomocy metody PCR RFLP.

**Wyniki:** Wśród pacjentów z *acne inversa* zidentyfikowano 8 (25%) homozygot i 13 (41,9%) heterozygot w zakresie polimorfizmu rs1800844 genu podjednostki PSEN1 oraz 2 (6,45%) homozygoty i 10 (10,4%) heterozygot w zakresie polimorfizmu rs3754048 genu podjednostki APH1a. Wśród zdrowej grupy kontrolnej 3 (8%) homozygoty i 8 (22%) heterozygot w zakresie polimorfizmu rs1800844 genu podjednostki PSEN1 oraz odpowiednio 2 (5%) homozygoty i 13 (36%) heterozygot w zakresie polimorfizmu rs3754048 genu podjednostki APH1a.

**Wnioski:** Uzyskane wyniki sugerują rolę obu polimorfizmów w etiologii trądziku odwróconego. W chwili obecnej kontynuowane są także oznaczenia dla dwóch kolejnych polimorfizmów NT\_54961 i NT\_49654 genu podjednostki PSEN1.

**Słowa kluczowe:** trądzik odwrócony, gamma-sekretaza, *acne inversa*

## UDZIAŁ PŁYTEK KRWI W REGENERACJI FIBROBLASTÓW PODDANYCH PROMIENIOWANIU UV W WARUNKACH *IN VITRO*

Krzysztof Szaluś<sup>1</sup>, Anna Michno<sup>2</sup>, Ewelina Gojtkowska<sup>1</sup>, Monika Sakowicz-Burkiewicz<sup>3</sup>, Karolina Kondej<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe MedLab przy Zakładzie Medycyny Laboratoryjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup>Zakład Medycyny Laboratoryjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>3</sup>Zakład Medycyny Molekularnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>4</sup>Klinika Chirurgii Plastycznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

**Wstęp:** Promieniowanie UV prowadzi do uszkodzenia skóry i jej przyspieszonego fotostarzenia. Wiadomo, że płytko-pochodne czynniki wzrostu mogą przyspieszać proliferację i różnicowanie uszkodzonych komórek skóry, w tym fibroblastów.

**Cel pracy:** Celem pracy była weryfikacja hipotezy, że zastosowanie płytek krwi w kokulturze z ludzkimi fibroblastami napromienionymi UV w warunkach *in vitro*, prowadzi do regeneracji uszkodzonych fibroblastów poprzez zmianę ekspresji genów: COL1A1 i COL4A1 i zwiększenia ich przeżywalności.

**Materiały i metody:** Pierwotne ludzkie fibroblasty pozyskane ze zdrowej skóry zausznnej od pacjentów podczas rutynowych zabiegów w Klinice Otolaryngologii GUMed (NKBBN/65/2018) były napromieniwane UV (20 mJ/cm<sup>2</sup>). Po 24 h, do fibroblastów dodawano izolowane spoczynkowe lub aktywowane (0,05 μg/ml trombiną) płytki krwi (izolowane z kożuszków leukocyta-plateletowych od zdrowych ochotników z RCKiK w Gdańsku (M-073/17/JJ/11)). Po 48 h kokultury, ekspresja genów COL4A1 na poziomie mRNA była oznaczona techniką RT-PCR w czasie rzeczywistym, a przeżywalność fibroblastów oznaczono testem MTT.

**Wyniki:** Promieniowanie UV redukowało przeżywalność fibroblastów po 72 h hodowli o 25% w porównaniu do warunków kontrolnych (bez UV). Kokultura fibroblastów poddanych UV ze spoczynkowymi płytkami krwi przez 48 h zwiększała ich przeżywalność o 25%. W tych samych warunkach, dodatek płytek aktywowanych zwiększył przeżywalność fibroblastów o 50%. Poziom ekspresji genów kolagenu typu I i IV spadał w fibroblastach napromienionych UV. Natomiast zaobserwowano znaczący wzrost poziomu mRNA dla genu COL4A1 w fibroblastach w kokulturze z płytkami aktywowanymi w warunkach z UV, jak i bez.

**Wnioski:** W warunkach *in vitro* płytki krwi odgrywają istotną rolę w regeneracji fibroblastów uszkodzonych promieniowaniem UV. Tak więc, stosowanie preparatów zawierających płytkowe czynniki wzrostu, w tym PRP, może mieć istotne znaczenie terapeutyczne w dermatologii. *Grant naukowy: Praca finansowana przez GUMed (ST-57 i ST52)*

## PRACE EKSPERYMENTALNE II

### OCENA STĘŻENIA IL-25 W PRZEBIEGU ATOPOWEGO ZAPALENIA SKÓRY I TRĄDZIKU RÓŻOWATEGO

Magdalena Basałygo<sup>1</sup>, Joanna Śliwińska<sup>1</sup>, Dominika Ragin<sup>1</sup>, Magdalena Żbikowska-Gotz<sup>2</sup>, Kinga Lis<sup>2</sup>, Ewa Socha<sup>2</sup>, Zbigniew Bartuzi<sup>2</sup>, Barbara Zegarska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej, Collegium Medicum, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Bydgoszcz

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, Collegium Medicum, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Bydgoszcz

**Wstęp:** IL-25 jest cytokiną o podwójnym mechanizmie działania — przeciwzapalnym i pobudzającym odpowiedź immunologiczną, jednakże jej rola w procesie zapalnym AZS i trądziku różowatym oraz wpływ na parametry bariery naskórkowej pozostają niewyjaśnione. Biologiczna funkcja IL-25 — hamowanie końcowego różnicowania keratynocytów oraz wpływ na zmniejszenie syntezy filagryny wskazuje na jej rolę jako ogniwa łączącego proces zapalny z uszkodzeniem bariery naskórkowej.

**Cel pracy:** Ocena stężenia IL-25 w surowicy krwi z uwzględnieniem parametrów bariery naskórkowej w przebiegu AZS i trądziku różowatego.

**Materiał i metody:** Badaniu poddano 43 chorych na AZS, 25 chorych na trądzik różowaty postaci rumieniowo — teleangiektaktycznej utrwalonej i 22 osoby grupy kontrolnej. Pomiar stężenia IL-25 wykonano metodą ELISA. Bariery naskórkową oceniono przy użyciu Tewametry TM300 i Corneometru CM825.

**Wyniki:** Średnie wartości stężenia IL-25 wynosiły 144,97 ± 98,44 (pg/ml) u pacjentów z AZS, 102,18 ± 69,79 (pg/ml) u pacjentów z trądzikiem różowatym, zaś u osób z grupy kontrolnej 74,26 ± 22,65 (pg/ml). Wykazano istotną statystycznie różnicę stężeń między grupą badaną a kontrolną ( $Z = 2,87$ ,  $p = 0,004$ ) w AZS. Otrzymano także wysoce istotną korelację dodatnią stężenia IL-25 ( $r = 0,744$ ,  $p < 0,0001$ ) dla pomiaru TEWL w miejscu zmienionym chorobowo w AZS oraz korelację ujemną dla stężenia IL-25 i pomiaru nawilżenia naskórka metoda korneometryczną ( $r = -0,63$ ,  $p < 0,05$ ). Wyniki TEWL w trądziku różowatym były zbliżone w grupie badanej (11,64 g/m<sup>2</sup>/h) i kontrolnej (12,06 g/m<sup>2</sup>/h) i w związku z czym nie otrzymano spodziewanych zależności.

**Wnioski:** 1. Stężenie IL-25 może być markerem różnicującym ciężkość przebiegu AZS 2. Podwyższony poziom stężenia IL-25 u pacjentów z AZS powoduje uszkodzenie bariery naskórkowej wyrażonej pomiarem TEWL i wartością nawilżenia naskórka 3. W przebiegu trądziku różowatego IL-25 w surowicy nie ma wartości diagnostycznej.

### EKSPRESJA RECEPTORÓW ESTROGENOWYCH I PROGESTERONOWYCH W ZNAMIONACH BARWNIKOWYCH I CZERNIAKU SKÓRY

Magdalena Spałkowska<sup>1</sup>, Grzegorz Dyduch<sup>2</sup>, Anna Wojas-Pelc<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Prywatna praktyka lekarska w Krakowie, Centrum Badań Klinicznych Allmedica w Nowym Targu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

<sup>2</sup>Katedra Patomorfologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

<sup>3</sup>Klinika Dermatologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

**Wstęp:** Badania epidemiologiczne wskazują na różnice w przeżywalności i umieralności na czerniaka pomiędzy płciami. Różnice te mogą sugerować potencjalną rolę hormonów płciowych w patogenie czerniaka.

**Cel pracy:** Celem badania była ocena ekspresji receptorów: estrogenowych alfa, beta i GPER oraz progesteronowych w zmianach melanocytarnych.

**Materiał i metody:** W pierwszym etapie badania dokonano oceny 73 zmian melanocytarnych: znamion barwnikowych, znamion dysplastycznych i czerniaków w zakresie ekspresji receptorów estrogenowych alfa, beta i GPER oraz progesteronowych. W drugim

etapie badania dokonano oceny 54 czerniaków pod kątem ekspresji receptora GPER.

**Wyniki:** Wykazano obecność statystycznie istotnych różnic w ekspresji receptora estrogenowego beta pomiędzy melanocytami marginesu zdrowej skóry a tkanką czerniaka oraz melanocytami marginesu zmiany pomiędzy znamionami barwnikowymi i znamionami dysplastycznymi. Keratynocyty czerniaków i znamion dysplastycznych wykazały istotne różnice w ekspresji receptora beta. Wykazano istotne różnice w ekspresji receptora GPER pomiędzy znamionami dysplastycznymi a czerniakami w zakresie melanocytów jądrowo i cytoplazmatycznie. Wykazano istotne różnice w ekspresji receptora GPER pomiędzy melanocytami marginesu zmiany a melanocytami czerniaka cytoplazmatycznie. Wykazano obecność dodatniej korelacji pomiędzy ekspresją receptora GPER a skalą Clarka i Breslow. Wykazano istotne różnice w ekspresji receptora GPER w melanocytach marginesu pomiędzy znamionami barwnikowymi i czerniakami. Tylko jedna zmiana wykazała ekspresję receptorów progesteronowych.

**Wnioski:** Wyniki badania mogą wskazywać na potencjalną rolę prognozy receptorów estrogenowych beta i GPER w czerniaku.

*Grant naukowy: Dotacja celowa dla młodych naukowców UJ CM*

### PRZECIWCIAŁA IGM DH-LIKE U PACJENTÓW Z DERMATOZAMI ŚWIĄDOWYMI

Weronika Szwed<sup>1</sup>, Joanna Rybak-d'Obyrn<sup>2</sup>, Joanna Czerwińska<sup>3</sup>, Waldemar Placek<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe Dermatologiczno-Wenerologiczne przy Katedrze Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej, Collegium Medicum, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

<sup>2</sup>Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej, Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

<sup>3</sup>Katedra Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej, Wydział Lekarski, Collegium Medicum, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Świąd to najczęstszy objaw powiązany z chorobami skóry coraz częściej obserwowany w chorobach ogólnoustrojowych czy psychicznych. Patogeneza świądu wciąż pozostaje niewyjaśniona. Niewątpliwie jest on wypadkową interakcji układu nerwowego i immunologicznego. Brak skuteczności terapii z wykorzystaniem czynników blokujących oś IgE-komórki tuczne-histamina może wskazywać na istnienie innych, nie mniej ważnych zależności. Celem pracy była analiza grupy pacjentów z dermatozami świądowymi, u których zaobserwowano dodatni wynik DIF ze złogami głównie w szczytach brodawek skóry w klasie IgM. W pracy dokonano retrospektywnego przeglądu historii choroby 55 pacjentów skarżących się na uporczywy świąd, rumień oraz suchość skóry. U pacjentów analizowano wyniki DIF, IIF, badań histopatologicznych oraz testów płatkowych. Złogi IgM typu ziarnistego i/lub włókienkowego zaobserwowano u 47 pacjentów (82%) głównie w szczytach brodawek skóry. Złogi te nie były charakterystyczne dla dodatniego *lupus band test*. U pozostałych pacjentów odnotowano wyłącznie pojedyncze ciałka Civatte'a. Barwienie DIF wykazało także obecność złogów w innych klasach autooprzeciwciał, przede wszystkim w klasie IgG, gdzie obserwowano głównie kurz jądrowy (11%). U 18 osób wykryto przeciwciała przeciwjądrowe ANA Hep-2, z czego ponad połowa z nich wykazywała miano 1:320 z ujemnym wynikiem Immunoblot Profil V. W żadnym z analizowanych przypadków nie znaleziono przeciwciał anty-endomysium i/lub pemphigus/pemphigoid. Badania histopatologiczne wykazały okołonaczyniowe nacieki z limfocytów (9%). Testy płatkowe tylko u 6 pacjentów wykazały uczulenie na nikiel. Dermatozy świądowe dotyczą coraz większej liczby populacji ze względu na współdziałanie czynników biologicznych i środowiskowych. Poznanie mechanizmu świądu oraz wyjaśnienie roli złogów IgM DH-like wymaga przeprowadzenia dalszych badań i obserwacji.

**Słowa kluczowe:** świąd, dermatozy świądowe, złogi IgM DH-like

### OCENA EKSPRESJI INSULINOPODOBNEGO CZYNNIKA WZROSTU 1 I BIAŁEK WIĄZĄCYCH IGF W OSOCZU I TKANCE NOWOTWOROWEJ U CHORYCH Z RAKIEM PODSTAWNOKOMÓRKOWYM

Magda Marek-Safiejko, Hanna Myśliwiec, Iwona Flisiak

*Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

**Wstęp:** Rak podstawnokomórkowy (BCC, *basal cell carcinoma*) jest zaliczany do niejednorodnej grupy niemelanocytowych nowotworów skóry. Rzadko daje przerzuty, ale może prowadzić do destrukcji okolicznych tkanek. Insulinopodobny czynnik wzrostu 1 (IGF-1) odgrywa rolę w patogenezie licznych typów nowotworów. Ponadto udowodniono jego znaczenie w homeostazie naskórka. Jak dotąd nie wyjaśniono roli IGF-1 oraz białek jego wiążących IGFBP w patogenezie BCC u ludzi.

**Cel pracy:** Ocena ekspresji IGF-1 oraz białek wiążących IGF-1: IGFBP-3, IGFBP-5 w osoczu i tkance nowotworowej chorych na BCC oraz porównanie ekspresji badanych parametrów w stosunku do osób zdrowych.

**Materiał i metody:** Do badania zakwalifikowano 33 chorych, 25 mężczyzn (średnia wieku 74) oraz 8 kobiet (średnia wieku 76) rutynowo operowanych z powodu BCC. Grupa kontrolna składała się z 15 pacjentów operowanych z powodu chorób nienowotworowych lub zmian łagodnych. Osocze oraz fragment tkanki zmienionej chorobowo z uprzednio usuniętego chirurgicznie nowotworu pozyskiwano od każdego z zakwalifikowanych pacjentów. Ekspresję IGF-1 oraz IGFBP-3 i IGFBP-5 w osoczu i w tkance wykrywano metodą Western Immunoblot.

**Wyniki:** Zarówno w osoczu jak i w tkance pacjentów z BCC wykazano wyraźnie zwiększoną ekspresję kompleksów IGF-1 z IGFBP-3 i IGFBP-5 w porównaniu do osocza i tkanki grupy kontrolnej.

**Wnioski:** Zwiększona ekspresja IGF-1 w tkance nowotworowej sugeruje udział tego czynnika wzrostowego w rozwoju BCC. Jego oddziaływanie biologiczne jest modulowane przez obecne w tkance nowotworowej badane białka wiążące. Z punktu widzenia klinicznego, ważne są dalsze badania nad IGF-1 w patogenezie BCC, co pozwoliłoby na zastosowanie terapii celowanych i większą skuteczność leczenia.

**Słowa kluczowe:** rak podstawnokomórkowy, insulinopodobny czynnik wzrostu, białka wiążące insulinopodobny czynnik wzrostu

### OCENA WPŁYWU LECZENIA ADALIMUMABEM I METOTREKSATEM NA POZIOM WYBRANYCH MARKERÓW RYZYKA SERCOWO-NACZYNIOWEGO (VCAM-1, E-SELEKTYNA, OXLDL, PRZECIWCIAŁA ANTY OXLDL) ORAZ CYTOKIN REGULATORYWYCH (IL-10, TGFB, IL-35) U PACJENTÓW Z ROZPOZNANĄ ŁUSZCZYCĄ PŁACKOWATĄ O NASILENIU UMIARKOWANYM DO CIĘŻKIEGO

Natalia Zdanowska, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Joanna Czerwińska, Waldemar Placek

*Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Miejski Szpital Zespólny, Olsztyn*

**Wstęp:** Stan zapalny w łuszczycy nasila proces miażdżycowy i wywołuje zaburzenia metaboliczne, skutkując wzrostem ryzyka sercowo-naczyniowego.

**Cel badania:** Ocena poziomu wybranych markerów ryzyka sercowo-naczyniowego oraz cytokin regulatorowych (E-selektyna, VCAM-1, p/ciał antyoxLDL, oxLDL, IL-10, IL-35, TGFB) u chorych na łuszczycę plackowatą leczonych adalimumabem, metotreksatem i adalimumabem z metotreksatem wyjściowo i po 12 tygodniach terapii; ocena ryzyka sercowo-naczyniowego (SCORE), PASI i BSA-wyjściowo oraz PASI 75 i/lub PASI 90 po 12 tygodniach terapii.

**Materiał:** 34 dorosłych pacjentów z łuszczycą (17 leczonych metotreksatem, 12 adalimumabem, 5 metotreksatem z adalimumabem).

**Metody:** Badanie podmiotowe i przedmiotowe, ocena: PASI, BSA, ryzyka sercowo-naczyniowego (SCORE), wybranych markerów ryzyka sercowo-naczyniowego oraz cytokin regulatorowych przy kwalifikacji oraz po 12 tygodniach leczenia (ELISA).

**Wyniki:** W momencie rozpoczęcia leczenia ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu 10 lat u przyjmujących metotreksat

wynosiło średnio 6,26%, adalimumab 4,4%, adalimumab z metotreksatem 1,6%; PASI 75 i PASI 90 w 12 tygodniu terapii uzyskało 41,18% i 17,6% pacjentów leczonych metotreksatem, 75% i 41,6% u pacjentów leczonych adalimumabem oraz 40% i 40% pacjentów leczonych adalimumabem z metotreksatem. U pacjentów rozpoczynających leczenie adalimumabem i adalimumabem z metotreksatem wykazano statystycznie istotne ( $p < 0,05$ ) podwyższenie poziomu VCAM-1, oxLDL, E-selektyny i IL-10. Po 12 tygodniach leczenia, wykazano statystycznie istotny ( $p < 0,05$ ) spadek stężenia VCAM-1 u leczonych metotreksatem, E-selektyny u leczonych adalimumabem z metotreksatem oraz IL-35 u leczonych adalimumabem.

**Wnioski:** Przeprowadzone badania dowodzą wpływu stosowanego leczenia i nasilenia łuszczycy na poziom wybranych markerów ryzyka sercowo-naczyniowego oraz cytokin regulatorowych.

**Słowa kluczowe:** łuszczycza, adalimumab, metotreksat, ryzyko sercowo-naczyniowe

### KOPEPTYNA JAKO BIOMARKER NASILENIA ZABURZEŃ MIKROKRĄŻENIA OBWODOWEGO W TWARDZINIE UKŁADOWEJ

Magdalena Chrabąszcz, Lidia Rudnicka, Małgorzata Olszewska, Mariusz Sikora

*Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa*

**Wstęp:** Uszkodzenie naczyń jest nieodłączną i często dominującą cechą obrazu klinicznego twardziny układowej. Krytyczne niedokrwienie wraz z owrzodzeniami dystalnych części palców stanowi najcięższą postać zaburzeń mikrokrążenia, prowadząc do wystąpienia bólu, niepełnosprawności oraz zmniejszenia jakości życia. Wciąż trwają poszukiwania biomarkerów szybkiej progresji zmian naczyniowych, które odpowiednio wcześniej pozwoliłyby na intensyfikację leczenia reologicznego.

**Cel pracy:** Oznaczenie stężenia kopeptyny (peptyd określający aktywność układu wazopresynergicznego, który ma silne właściwości naczynioskurczowe) u pacjentów z twardziną układową.

**Materiał i metody:** W badaniu wzięło udział 30 pacjentów z twardziną układową oraz 30 ochotników stanowiących dobraną pod względem wieku i płci grupę kontrolną. Stężenie kopeptyny w surowicy krwi oznaczono metodą immunoenzymatyczną (ELISA).

**Wyniki:** Pacjenci z twardziną układową mieli znacznie wyższe stężenie kopeptyny w osoczu w porównaniu do grupy kontrolnej ( $173,4 \pm 32,7$  vs.  $81,6 \pm 14,3$  pg/ml,  $p < 0,05$ ). Stwierdzono dodatnią korelację pomiędzy nasileniem objawu Raynaud a stężeniem kopeptyny ( $r = 0,71$ ,  $p < 0,05$ ). Pacjenci z „aktywnym” i „późnym” wzorcem zmian naczyniowych w kapilaroskopii charakteryzowali się wyższymi wartościami kopeptyny niż pacjenci o „wczesnym” wzorcu. Dożylnie leczenie analogami prostaglandyn powodowało zmniejszenie stężenia kopeptyny ( $185,5$  pg/ml przed leczeniem vs.  $136,7$  pg/ml po leczeniu).

**Wnioski:** Kopeptyna wydaje się obiecującym biomarkerem uszkodzenia naczyniowego w twardzinie układowej i odpowiedzi na leczenie poprawiające właściwości reologiczne krwi. Dalsze badania nad kopeptyną mogą przyczynić się do identyfikacji pacjentów o szybko postępujących zmianach naczyniowych i wysokim ryzyku powstania owrzodzeń palców.

**Słowa kluczowe:** kopeptyna, objaw Raynaud, twardzina układowa, biomarker

### ZWIĄZEK POMIĘDZY STĘŻENIEM METABOLITÓW BAKTERII JELITOWYCH WE KRWI A NASILENIEM ŁUSZCZYCY PŁACKOWATEJ

Albert Stec<sup>1</sup>, Małgorzata Olszewska<sup>2</sup>, Lidia Rudnicka<sup>2</sup>, Mariusz Sikora<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa*

<sup>2</sup> *Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa*

**Wstęp:** Łuszczycza jest przewlekłą i nawrotową chorobą ogólnoustrojową o podłożu zapalnym. Coraz więcej badań wskazuje na istotne znaczenie zmian składu mikrobiomu jelitowego (dysbiozy) oraz zaburzeń przepuszczalności bariery jelitowej w patogenezie łuszczycy.

**Cel pracy:** Oznaczenie stężenia metabolitów bakteryjnych – siarczanu indoksyłu i tlenu N-trimetyloaminy (TMAO) w surowicy krwi pacjentów z łuszczycą plackowatą.

**Materiał i metody:** W badaniu wzięło udział 40 pacjentów z łuszczycą plackowatą. Grupę kontrolną stanowiło 40 ochotników dopasowanych pod względem wieku, płci i BMI. Stężenia metabolitów bakteryjnych (siarczanu indoksyłu i TMAO) w surowicy oznaczono metodą wysokosprawną chromatografię cieczową.

**Wyniki:** Pacjenci z łuszczycą w porównaniu do grupy kontrolnej charakteryzowali się znacznie wyższym stężeniem TMAO ( $276,4 \pm 82,1$  vs.  $105,2 \pm 50,6$  ng/ml,  $p < 0,05$ ) i siarczanu indoksyłu ( $1064,7 \pm 289,4$  vs.  $333,9 \pm 111,6$  ng/ml,  $p < 0,05$ ). Wartości stężeń metabolitów bakteryjnych wykazały dodatnią korelację z nasileniem łuszczycy w skali PASI (siarczan indoksyłu:  $r = 0,67$ ,  $p < 0,05$ ; TMAO:  $r = 0,84$ ,  $p < 0,001$ ). Dodatkowo wśród pacjentów z łuszczycą wyższe wartości TMAO i siarczanu indoksyłu stwierdzano w przypadku współistnienia zespołu metabolicznego.

**Wnioski:** Zaburzenia integralności bariery jelitowej obserwowane w łuszczycy mogą prowadzić do zwiększonego przenikania metabolitów bakteryjnych ze światła jelita do krwioobiegu. Metabolity te wykazując prozapalne działanie mogą przyczynić się do zaostrzenia objawów łuszczycy oraz rozwoju chorób współtowarzyszących jak przyspieszona ateroscleroza, nadciśnienie tętnicze, zespół metaboliczny.

## WPLYW TERAPII DŁUGOTERMINOWEJ BIOLOGICZNEJ ŁUSZCZYCY NA STĘŻENIA HOMOCYSTEINY I KWASU FOLIOWEGO

Irmína Olejniczak-Staruch<sup>1</sup>, Joanna Narbutt<sup>2</sup>, Igor Bednarski<sup>2</sup>, Anna Woźniacka<sup>1</sup>, Joanna Sieniawska<sup>1</sup>, Aleksandra Lesiak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź

<sup>2</sup>Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź

**Wstęp:** Łuszczycą jest przewlekłą dermatozą związaną z częstszym występowaniem miażdżycy, zespołu metabolicznego i chorób sercowo-naczyniowych. Na zwiększone ryzyko rozwoju tych schorzeń mogą wskazywać m.in. podwyższone stężenie homocysteiny, a obniżone — kwasu foliowego w surowicy. Takie odchylenia były obserwowane wśród pacjentów z łuszczycą. Wpływ leczenia przeciwłuszczycowego na stężenia tych substancji był dotychczas oceniany w krótkoterminowych obserwacjach.

**Cel pracy:** Celem pracy była ocena wpływu długoterminowej terapii biologicznej (adalimumabem, etanerceptem, infliksymabem i ustekinumabem) na stężenia homocysteiny i kwasu foliowego w surowicy pacjentów z łuszczycą.

**Materiał i metody:** Grupę badaną stanowiło 42 pacjentów z łuszczycą z wyznaczoną o nasileniu umiarkowanym i ciężkim leczonych biologicznie w Klinice Dermatologii i Wenerologii UM w Łodzi. Grupę kontrolną stanowiło 30 osób bez łuszczycy dobranych pod względem wieku i płci. Na początku terapii, w 3., 12., 24. i 36. miesiącu leczenia oznaczono stężenia homocysteiny i kwasu foliowego w surowicy pacjentów. Oceniono także nasilenie zmian skórnych za pomocą wskaźnika PASI (*Psoriasis Area Severity Index*), obliczono BMI (*Body Mass Index*), pacjenci wypełnili kwestionariusze DLQI (*Dermatology Life Quality Index*).

**Wyniki:** Wykazano istotnie mniejsze stężenie kwasu foliowego w surowicy pacjentów z łuszczycą niż w grupie kontrolnej ( $p < 0,05$ ), stężenie homocysteiny nie różniło się zaś istotnie w porównaniu z kontrolą ( $p > 0,05$ ). Odnotowano istotny statystycznie wzrost stężenia kwasu foliowego w surowicy pacjentów leczonych etanerceptem  $p = 0,02262$ , nie zaś otrzymujących pozostałe leki biologiczne. Stężenie homocysteiny w surowicy spadło pod wpływem inhibitorów TNF- $\alpha$ , nie zaś ustekinumabu.

**Wnioski:** Zmiany stężeń kwasu foliowego i homocysteiny pod wpływem leków biologicznych mogą świadczyć o możliwym działaniu zapobiegającym rozwojowi powikłań sercowo-naczyniowych wśród chorych z łuszczycą.

**Słowa kluczowe:** homocysteina, kwas foliowy, adalimumab, etanercept, infliksymab, ustekinumab

## ZNACZENIE MIRNA W TWARDZINIE OGRANICZONEJ

Katarzyna Wolska-Gawron<sup>1</sup>, Joanna Bartosińska<sup>1</sup>, Marta Rusek<sup>1</sup>, Małgorzata Kowal<sup>1</sup>, Dorota Raczkiewicz<sup>2</sup>, Dorota Krasowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej w Lublinie

<sup>2</sup>Zakład Demografii, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

**Wstęp:** Twardzina ograniczona jest przewlekłą chorobą zapalną tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym. MikroRNA to małe, niekodujące cząsteczki RNA, które stanowią potencjalne biomarkery chorób z uwagi na względną stabilność i wykrywalność w różnych tkankach organizmu.

**Cel pracy:** Celem pracy była ocena użyteczności wybranych cząsteczek miRNA jako biomarkerów aktywności choroby, uszkodzenia tkanek i odpowiedzi na leczenie w przebiegu twardziny ograniczonej.

**Materiał i metody:** Do badania włączono 37 pacjentów z twardziną ograniczoną i 24 zdrowych ochotników, od których pobrano surowice krwi. Dane kliniczne zebrano w oparciu o kwestionariusz LoSCAT (*LS Cutaneous Assessment Tool*). Stężenia poszczególnych cząsteczek miRNA określono metodą qRT-PCR.

**Wyniki:** W surowicy pacjentów z twardziną ograniczoną stwierdzono znacząco większe stężenia miR-223-3p, miR-210, let-7i-5p, miR-21 i miR-29a w porównaniu ze zdrową grupą kontrolną ( $p < 0,001$ ). Stężenie miR-29a w grupie badanej korelowało istotnie statystycznie ze wskaźnikiem uszkodzenia tkanek (LoSDI) ( $r = 0,379$ ,  $p = 0,021$ ). Stężenie miR-29a i miR-210 różniło się w dwóch grupach pacjentów — z/bez towarzyszącej choroby autoimmunologicznej (miR-29a  $Z = 2,380$ ,  $p = 0,017$ ; miR-210  $Z = 1,937$ ,  $p = 0,053$ ). Chorzy ze współistniejącą chorobą autoimmunologiczną mieli niższe stężenie miR-29a (2,84 vs. 5,45) i miR-210 (2,52 vs. 4,78). Ponadto, pacjenci z dodatnim czynnikiem reumatoidalnym (RF) prezentowali niższy poziom miR-29a w porównaniu z grupą z ujemnym RF ( $Z = -2,155$ ,  $p = 0,031$ ).

**Wnioski:** Znacząco większe stężenia miR-223-3p, miR-210, let-7i-5p, miR-21 i miR-29a u pacjentów z twardziną ograniczoną w porównaniu z osobami zdrowymi mogą świadczyć o ich potencjalnej roli jako biomarkerów choroby.

**Słowa kluczowe:** twardzina ograniczona, morphea, miRNA, mikroRNA, biomarkery

## MOŻLIWOŚCI ZASTOSOWANIA NANOCZĄSTEK SREBRA JAKO MIEJSCOWEGO PREPARATU PRZECIWBAKTERYJNEGO

Dorota Mehrholz<sup>1</sup>, Wioletta Barańska-Rybak<sup>1</sup>, Ryszard Ostaszewski<sup>2</sup>, Wojciech Kamysz<sup>3</sup>, Michał Piikuła<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Gdańsk

<sup>2</sup>Instytut Chemii Organicznej Polskiej Akademii Nauk, Warszawa

<sup>3</sup>Zakład Chemii Nieorganicznej Wydziału Farmacji Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Gdańsk

<sup>4</sup>Zakład Embriologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Gdańsk

Nanocząstki srebra (AgNPs) wykazują działanie przeciwdrobnoustrojowe. Z tego względu coraz częściej stanowią one składnik preparatów odkażających oraz opatrunków specjalistycznych. Pomimo rosnącej popularności AgNPs, wiele kwestii pozostaje nadal niewyjaśnionych, m. in. wpływ czynnika opłaszczającego na morfologię i właściwości tych molekuł.

Celem pracy było opracowanie metody syntezy i określenie trwałości AgNPs opłaszczanych poliwinylpiryridonem (AgNPsPVP), kwasami karboksylowymi (AgNPsC) i estrami kwasu bursztynowego i alkoholi długocząsteczkowych (AgNPsB). Ponadto określenie morfologii AgNPs i działania przeciwgronkowcowego w zależności od rodzaju czynnika opłaszczającego.

Syntezę AgNPs wykonano metodą chemiczną z użyciem azotanu srebra i borowodoru sodu. Trwałość AgNPs badano metodami spektrofotometrycznymi. Działanie przeciwgronkowcowe sprawdzano metodą seryjnych rozcieńczeń określając wartość MIC dla poszczególnych rodzajów AgNPs. Wykorzystano szczepy gronkowca złocistego pobrane z owrodożeń żylnych oraz szczepy referencyjne. Morfologię AgNPs określono przy pomocy metod fizykochemicznych.

AgNPsPVP wykazywały stałe działanie przeciwgronkowcowe przez 4 tygodnie, AgNPsC przez 6 tyg, natomiast AgNPsB utrzymały swoje działanie przez 24 tygodnie. Najsilniejsze właściwości przeciwgronkowcowe charakteryzowały AgNPsB, co więcej wykazano iż wraz ze zwiększaniem ilości węgla w łańcuchu karboksylowym alkoholu ich siła działania rośnie. Badania fizykochemiczne wykazały, że w zależności od ilości atomów węgla zmienia się gęstość opłaszczenia nanocząstki srebra. Korelacja morfologii

AgNPs i wyników MIC wykazała, że siła działania przeciwgronkowcowego jest proporcjonalna do gęstości opłaszczenia nanocząstek srebra. Tylko AgNPsB charakteryzowały się na tyle wysoką trwałością oraz silnym działaniem przeciwgronkowcowym żeby stanowić obiekt do dalszych badań nad wykorzystaniem AgNPs jako miejscowego środka przeciwgronkowcowego.

Grant naukowy: OPUS 2013/11/B/ST5/02199z

## PRACE KLINICZNE II

### DOŚWIADCZENIA WŁASNE W LECZENIU RYTUKSYMABEM CHORYCH NA PĘCHERZYCĘ W PROGRAMIE TERAPEUTYCZNYM

Małgorzata Dominiak, Marcin Noweta, Natalia Kliniewska, Magdalena Oszukowska, Małgorzata Skibińska, Aleksandra Lesiak, Joanna Narbutt

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, Łódź

**Wstęp:** Pęcherzyca to określenie grupy dermatoz pęcherzowych, przyczyną których jest autoimmunizacja wobec desmosomalnych białek naskórka — desmogleiny 1 i 3. Nową opcją terapeutyczną w pęcherzycy jest rytuksymab — przeciwciało monoklonalne skierowane przeciwko antygenowi CD20 limfocytów B. W ramach programu terapeutycznego w Polsce lek jest dostępny dla pacjentów z pęcherzycą oporną na terapię immunosupresyjną, dla chorych z nawrotową pęcherzycą, kiedy do nawrotów dochodzi podczas planowanego zmniejszania dawek leków immunosupresyjnych, a także u chorych z przeciwwskazaniem do terapii ogólnej kortykosteroidami i w przypadkach pęcherzycy paraneoplastycznej.

**Cel pracy:** Przedstawienie skuteczności leczenia rytuksymabem pacjentów z pęcherzycą oporną na terapię immunosupresyjną.

**Materiał i metody:** Przebieg leczenia rytuksymabem analizowano u 5 pacjentów Kliniki Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej — trzech chorych na pęcherzycę zwykłą oraz dwóch chorych na pęcherzycę liściastą w wieku od 46 do 69 lat. Do leczenia zostali zakwalifikowani według zasad programu terapeutycznego NFZ. Rytuksymab podawano dożylnie w dawce 1000 mg co 2 tygodnie.

**Wyniki:** Obserwowano całkowitą remisję objawów choroby po II dawkach leku oraz dobrą tolerancję terapii. Pacjenci pozostają pod dalszą obserwacją kliniczną.

**Wnioski:** Leczenie rytuksymabem jest skuteczną i bezpieczną formą terapii u chorych na pęcherzycę niereagujących na dotychczasową terapię immunosupresyjną.

**Słowa kluczowe:** pęcherzyca, rytuksymab, program lekowy

### LISZAJ TWARDZINOWY ŻOŁĘDZI JAKO CZYNNIK RYZYKA ROZWOJU RAKA

Aleksandra Komorowska, Tomasz Pniewski, Sławomir Majewski

Klinika Dermatologii i Wenerologii, Warszawa

**Wstęp:** Liszaj twardzinowy jest przewlekłą, zapalną włókniejąco-zanikową dermatozą o nieznanym etiologii. Może zajmować każdy rejon skóry, jednak najczęściej dotyczy okolicy anogenitalnej (85–98%). Według piśmiennictwa u 2–4% chorych jest czynnikiem rozwoju raka.

**Cel pracy:** Przedstawienie dwóch przypadków pacjentów z przewlekłe utrzymującymi się zmianami typu liszaja twardzinowego na żołądździ jako czynnika ryzyka rozwoju raka.

**Opis przypadków:** Pacjent 48-letni zgłosił się do Poradni Wenerologicznej z powodu występujących od około 5 lat zmian na rączy. W dniu przyjęcia przedmiotowo stwierdzono zrośnięcie napletka z żołądździ, nacieki brodawkujący na żołądździ, rumień w części centralnej oraz zmłeczenie na obwodzie żołądździ. W badaniu histopatologicznym stwierdzono przewlekły nacieki zapalny bez cech rozrostu złośliwego. Zalecono stosowanie miejscowych kortykosteroidów. Po dwumiesięcznym okresie

obserwacji ponownie pobrano wycinek do badania histopatologicznego z brodawkującej zmiany, w którym stwierdzono cechy dysplazji dużego stopnia. Pacjenta skierowano do Kliniki Urologii celem chirurgicznego usunięcia zmiany. Pacjent 80-letni zgłosił się do Poradni Wenerologicznej z powodu występujących od około 4 lat zmian rumieniowo-zanikowych na rączy. W leczeniu ambulatoryjnym pacjent stosował przewlekłe maści antybakteryjne, bez poprawy. W wykonanym badaniu histopatologicznym stwierdzono zmiany typu raka płaskonabłonkowego rogowaciejącego. Pacjenta skierowano do Instytutu Onkologii celem radykalnego leczenia chirurgicznego.

**Wnioski:** Zbyt mała rozpoznawalność zmian typu liszaja twardzinowego oraz zbyt późne zgłaszanie się chorych do specjalisty może być powodem rozwoju raka i braku możliwości wdrożenia onkologicznego leczenia oszczędzającego.

### OCHRONA PRZED PROMIENIOWANIEM SŁONECZNYM WŚRÓD STUDENTÓW UCZELNI WYŻSZYCH — WIEDZA I PRAKTYKA

Magdalena Łyko<sup>1</sup>, Magdalena Kruzel<sup>1</sup>, Aleksandra Kuś<sup>1</sup>, Alina Jankowska-Konsur<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

**Wstęp:** Promieniowanie ultrafioletowe jest najlepiej opisanym, modyfikującym czynnikiem ryzyka zachorowania na czerniaka i raki skóry, a fotoprotekcja jest niezbędnym elementem ochrony skóry. W ostatnich latach obserwuje się wzrost świadomości o szkodliwości promieniowania słonecznego, jednak konieczna jest stała edukacja zarówno kadry medycznej jak i pacjentów w tym zakresie.

**Cel pracy:** Celem pracy było zbadanie wiedzy studentów medycyny oraz innych uczelni na temat fotoprotekcji i jej wpływ na zachowania studentów.

**Materiał i metody:** W badaniu wykorzystano ankietę internetową z 33 pytaniami, w której sprawdzono wiedzę i zachowania studentów związane z fotoprotekcją. Odpowiedzi udzieliły 243 osoby (76,95% kobiet i 23,05% mężczyzn). 149 osób było studentami medycyny a 95 innych kierunków. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej.

**Wyniki:** W badanej grupie kremy z filtrem stosowało 235 osób (96,71%), z czego 46 (18,93%) aplikuje je cały rok, a 116 (47,74%) tylko w okresie letnim. Kremy z SPF 15–30 wybierało 45,27% studentów. 159 osób używało kremu z filtrem raz w ciągu pobytu na świeżym powietrzu, a 76 (31,28%) aplikowało go więcej niż raz. Studenci medycyny chętniej wybierali kremy z SPF > 30 (p = 0,002) i częściej je stosowali niż studenci innych kierunków (p = 0,031). Inne metody ochrony przed promieniowaniem słonecznym obejmowały noszenie okularów przeciwsłonecznych (201 osób), nakrycia głowy (151 osób) i unikanie przebywania na dworze w godzinach południowych (113 osób). U 28,4% osób wykonano w przeszłości badanie dermoskopowe. Studenci medycyny częściej zgłaszali się na to badanie niż studenci innych uczelni (p = 0,001).

**Wnioski:** Edukacja na temat szkodliwego działania promieniowania UV na skórę ma wpływ na świadomość i zachowanie badanych osób. Wiedza zdobyta podczas kształcenia przez studentów medycyny wpływa na stosowaną przez nich ochronę przeciwsłoneczną.

**Słowa kluczowe:** fotoprotekcja, raki skóry, czerniak



## CZY POTRZEBNA JEST EDUKACJA PACJENTÓW CHORYCH NA ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY W ZAKRESIE TERAPII PODSTAWOWEJ?

Mikołaj Cichoń<sup>1</sup>, Mariusz Baran<sup>2</sup>, Magdalena Trzeciak<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

<sup>2</sup>Wydziałowe Studium Informatyki Medycznej i Biostatystyki, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

<sup>3</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

**Wstęp:** Podstawą leczenia atopowego zapalenia skóry (AZS) jest stosowanie emolientów. Skuteczność terapii w dużym stopniu zależy od przestrzegania jej zasad przez pacjenta.

**Cel pracy:** Ocena wiedzy o podstawowej terapii AZS w grupie dorosłych chorujących na AZS oraz wśród opiekunów dzieci z AZS.

**Materiał i metody:** W badaniu ankietowym wzięło udział 286 osób (180 dorosłych, 106 rodziców). Ankieta zawierała pytania badające zarówno świadomość, jak i jakość edukacji pacjentów. Do oceny statystycznej użyto testu chi-kwadrat i przyjęto poziom istotności równy 0,05.

**Wyniki:** Przy założonym poziomie istotności test chi-kwadrat wykazał istotną statystycznie różnicę pomiędzy grupami przy sumarycznym porównaniu świadomości obydwu grup. Znajomością zasad stosowania emolientów wykazało się 52,38% dorosłych i 68,73% rodziców dzieci chorych na AZS ( $p < 0,05$ ). Wykazano statystycznie wyższą świadomość zasad emolientoterapii w grupie rodziców ( $p < 0,05$ ). 55,00% dorosłych i 50,00% rodziców dzieci chorych na AZS nie zostało poinstruowanych przez lekarza jak stosować emolienty ( $p \geq 0,05$ ). 75,56% i 74,53% zgłasza potrzebę dodatkowej edukacji w tym zakresie ( $p \geq 0,05$ ). 63,89% dorosłych oraz 49,06% rodziców nie zostało poinformowanych o zasadach przeprowadzania kąpieli u chorych na AZS ( $p < 0,05$ ). 70,00% i 74,54% z nich, odpowiednio, oczekuje od lekarzy dokładniejszej edukacji w tym zakresie ( $p \geq 0,05$ ).

**Wnioski:** Osoby dorosłe z AZS posiadają mniejszą wiedzę na temat prawidłowego stosowania emolientów i przeprowadzania kąpieli niż opiekunowie dzieci z AZS. Obydwie grupy deklarują potrzebę wsparcia edukacyjnego w zakresie podstawowej terapii AZS.

**Słowa kluczowe:** atopowe zapalenie skóry, edukacja pacjentów z AZS, emolienty

## ANALIZA WYBRANYCH LABORATORYJNYCH WSKAŹNIKÓW NASILENIA SPONTANICZNEJ POKRZYWKI PRZEWLEKŁEJ

Kamila Migacz-Gruszka, Aleksander Obtulowicz, Magdalena Pirowska, Karolina Basta-Klonowska, Anna Wojas-Pelc

Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

**Wstęp:** Przewlekła pokrzywka jest złożonym procesem chorobowym, w którym rozróżnia się przewlekłą pokrzywkę spontaniczną (CSU) i przewlekłą pokrzywkę indukowaną. Dokładna etiopatogeneza CSU pozostaje wciąż nieznana. Niektóre badania wykazały w jej etiopatogenezie znaczący udział witaminy D. U 40–50% pacjentów z CSU na podstawie pozytywnego testu z surowicą własną pacjenta (ASST) rozpoznaje się tło autoimmunologiczne choroby. Ponadto liczne wyniki badań potwierdzają udział układu krzepnięcia i fibrynolizy oraz niezakaźnych czynników zapalnych w patogenezie CSU.

**Cel pracy:** Celem naszego badania była analiza korelacji pomiędzy stężeniem witaminy D, wybranymi parametrami układu krzepnięcia i fibrynolizy oraz CRP a stopniem nasilenia spontanicznej pokrzywki przewlekłej.

**Materiał i metody:** Do badania włączono 142 pacjentów z rozpoznaną CSU. Stopień nasilenia pokrzywki oceniano za pomocą skali UAS-7 (*Urticaria Activity Score*). Uczestnicy badania na podstawie wyniku UAS-7 zostali podzieleni na 4 grupy. U wszystkich pacjentów wykonano ASST oraz pobrano krew celem oznaczenia morfologii krwi w rozmazem, a także stężenia CRP, witaminy D, D-dimeru i fibrynogenu.

**Wyniki:** Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu Statistica 13. W przeprowadzonym badaniu zaobserwowano dodatnią korelację między aktywnością pokrzywki a stężeniem D-dimeru ( $p < 0,001$ ) oraz ujemną korelację między aktywnością pokrzywki a stężeniem witaminy D ( $p < 0,001$ ). Nie zaobserwowano zależności pomiędzy poziomem CRP a stopniem nasilenia pokrzywki przewlekłej.

**Wnioski:** Nasze wyniki wykazały możliwy udział szlaku krzepnięcia i fibrynolizy oraz witaminy D w patomechanizmie pokrzywki przewlekłej. Niewątpliwie wymagane są wielośrodkowe badania prospektywne celem potwierdzenia naszych wyników.

**Słowa kluczowe:** pokrzywka przewlekła, patofizjologia, witamina D, układ krzepnięcia i fibrynolizy

## CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA STAPHYLOCOCCUS AUREUS NA SKÓRZE PACJENTÓW Z ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY I LEKOOPORNOŚĆ IZOLOWANYCH SZCZEPÓW

Klaudia Tutka, Adam Reich

Zakład i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Rzeszowskiego

**Wstęp:** Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest jedną z najczęstszych dermatoz zapalnych. W ostatnich latach zwrócono uwagę na zmniejszoną bioróżnorodność flory bakteryjnej skóry osób z AZS i zdecydowaną przewagą kolonizacji skóry tych osób przez *St. aureus*.

**Cel pracy:** Ocena częstości izolowania *St. aureus* ze skóry pacjentów chorujących na AZS i porównanie wykazania tego patogenu na skórze z nasileniem choroby oraz analiza lekooporności wyizolowanych szczepów *St. aureus*.

**Materiał i metody:** U 50 pacjentów z AZS oceniono nasilenie choroby oraz intensywność odczuwanego świądu, a następnie od każdego chorego pobrano wymaz ze skóry celem wykonania badania mikrobiologicznego z identyfikacją patogenu i antybiogramem.

**Wyniki:** Obecność kolonii *St. aureus* na skórze potwierdzono u 41 (82%) pacjentów. Chorzy, od których wyizolowano szczepy *St. aureus*, charakteryzowali się większym nasileniem AZS niż osoby z ujemnymi hodowlami (EAS:  $22,5 \pm 14,0$  vs.  $7,3 \pm 7,1$ ,  $p < 0,01$ ; SCORAD:  $57,6 \pm 17,5$  vs.  $30,0 \pm 12,5$ ,  $p < 0,001$ ), jak również odczuwali bardziej intensywny świąd skóry (NRS:  $7,6 \pm 2,4$  vs.  $5,2 \pm 2,2$ ,  $p = 0,01$ ). Większość ( $n = 40$ , 97,6%) wyizolowanych szczepów *St. aureus* było szczepami metycylinowrażliwymi; 22% szczepów było opornych na erytromycynę, 17,1% na klindamycynę, 14,6% na gentamycynę, 9,8% na kwas fusydynowy, 7,3% na chloramfenikol oraz 4,9% na mupirocynę.

**Wnioski:** *St. aureus* stanowi częsty składnik mikroflory bakteryjnej skóry chorych na AZS, a jego obecność związana jest z większym nasileniem stanu zapalnego. Izolowane szczepy rzadziej wykazywały oporność na antybiotyki stosowane jedynie miejscowo w porównaniu z antybiotykami stosowanymi zarówno miejscowo, jak i ogólnie.

## ZABURZENIA PSYCHICZNE W DERMATOZACH WYWOŁANYCH

Adrianna Opalska-Tuszyńska<sup>1</sup>, Alina Wilkowska<sup>2</sup>, Wioletta Barańska-Rybak<sup>1</sup>, Roman Janusz Nowicki<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Gdańsk

<sup>2</sup>Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, Gdańsk

**Wstęp:** Dermatozy wywołane (SISD, *self-inflicted skin diseases*) należą do kręgu zaburzeń pozorowanych i polegają na niesamobójczym, świadomym i bezpośrednim uszkodzeniu skóry przez pacjenta celem uzyskania czyjegoś zainteresowania lub opieki. Diagnozę stawia się, gdy obraz kliniczny oraz badania dodatkowe nie odpowiadają rozpoznaniu innych znanych dermatoz. SISD mogą współistnieć z zaburzeniami psychicznymi, ale większość pacjentów początkowo zaprzecza jakimkolwiek problemom psychiatrycznym.

**Cel pracy:** Analiza towarzyszących SISD zaburzeń psychicznych.

**Materiał i metody:** Retrospektywna i prospektywna analiza przypadków 25 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii w Gdańsku od 2016 r. do chwili obecnej.

**Wyniki:** Diagnoza dermatozy wywołanej była stawiana ponad dwukrotnie częściej u kobiet (17) niż u mężczyzn (8). Mediana wieku wynosiła 47 lat. Najczęstszą lokalizacją zmian skórnych była twarz (40%). Kiedy jako przyczynę zasugerowano samookaleczenie, 72% pacjentów zgodziło się na konsultację psychiatryczną, ale tylko 44% z nich rozpoczęło leczenie lekami zaproponowanymi przez psychiatrę. Najczęściej diagnozowanym zaburzeniem psychicznym (39%) był epizod depresji, rzadziej SISD towarzyszyły zaburzenia osobowości (17%), zaburzenia adaptacyjne (11%), upośledzenie umysłowe (4%), ośpienie (4%) czy zespół obsesyjno-kompulsywny (4%). Opatrunki okluzyjne zastosowano u 14 pacjentów, co spowodowało prawidłowe gojenie zmian skórnych.

Pozostali pacjenci nie zgłosili się na wizyty kontrolne i nie wyrazili zgody na kontynuację leczenia.

**Wnioski:** Dermatozy wywołane często współistnieją z zaburzeniami psychicznymi. W diagnozowaniu i leczeniu tych pacjentów w celu osiągnięcia dobrych wyników bardzo ważna jest ścisła współpraca między dermatologami i psychiatrami oraz właściwe podejście do pacjenta.

**Słowa kluczowe:** dermatozy wywołane, SISD, zaburzenia psychiczne

### TRUDNOŚCI TERAPEUTYCZNE W LECZENIU PACJENTÓW Z ROZPOZNIANIEM HIDRADENITIS SUPPURATIVA

Magdalena Sadowska<sup>1</sup>, Marcin Noweta<sup>2</sup>, Magdalena Oszukowska<sup>2</sup>, Aleksandra Lesiak<sup>2</sup>, Joanna Narbutt<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>2</sup>Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

*Hidradenitis suppurativa* (HS, trądzik odwrócony) to przewlekła, zapalna, nawrotowa choroba skóry zajmująca mieszki włosowe, prowadząca do powstawania bolesnych zmian zapalnych ze skłonnością do tworzenia przetok i bliznowacenia najczęściej w obrębie pach, pachwin i okolicy anogenitalnej. Zazwyczaj rozpoczyna się po okresie dojrzewania płciowego, częściej u kobiet, osób z otyłością oraz palaczy tytoniu. Choroba ta prowadzi do istotnego pogorszenia jakości życia, a leczenie jest długotrwałe i często nie przynosi pożądanych efektów. Celem pracy jest przedstawienie dwóch przypadków pacjentów, u których standardowe terapie nie przyniosły oczekiwanej poprawy.

45-letnia kobieta to pacjentka z ciężką postacią choroby, u której długotrwałe stosowane różne dostępne terapie ogólnoustrojowe nie były skuteczne i dopiero po 3-miesięcznej terapii adalimumabem uzyskano poprawę. Drugi pacjent to 33-letni mężczyzna z nasileniem zmian skórnych odpowiadającym III stadium w skali Hurleya, ze współistniejącym ŁZS, u którego żadna z zastosowanych metod terapii, nawet leczenie biologiczne nie przyniosły zadawalającej poprawy. *Hidradenitis suppurativa* to choroba uciążliwa, ograniczająca aktywność indywidualną i społeczną pacjentów, której leczenie jest długotrwałe i trudne, a dostępność leków biologicznych ograniczona.

### TRĄDZIK U KOBIET W CIĄŻY

Tomasz Przybyła, Justyna Putek, Aleksandra Batycka-Baran

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

**Wstęp:** Trądzik to bardzo powszechny problem, który dotyka wiele osób na całym świecie. Nie tylko coraz więcej nastolatków cierpi na trądzik, lecz także kobiety w ciąży coraz częściej skarżą się na tę dolegliwość.

**Cel pracy:** Celem badania było określenie w jakich trymestrach ciąży pojawia się trądzik, stosowanej terapii czy porady lekarskiej.

**Materiał i metody:** Na podstawie autorsko skonstruowanego kwestionariusza zostało przebadanych 465 kobiet w wieku od 15 do 44 lat. W badaniu wzięły udział zarówno polskojęzyczne jak i niemieckojęzyczne kobiety.

**Wyniki:** W polskiej grupie trądzik przed ciążą wystąpił u 47,9% badanych natomiast w grupie niemieckojęzycznej u 35,1%. U obu grup zarówno polsko- (79,6%), jak i niemieckojęzycznej (75,5%), trądzik wystąpił podczas pierwszego trymestru ciąży i też wtedy był on najbardziej nasilony (52,8% i 39,4%). Trądzik był obecny w obu grupach w większości podczas całej ciąży (35,3% i 35,4%). Większość kobiet (89,4% polskojęzycznych i 95,5% niemieckojęzycznych) nie stosowała żadnej terapii przeciwtrądzikowej. Dla 82,7% kobiet niemieckojęzycznych i 85,7% kobiet polskojęzycznych trądzik jest dużym bądź umiarkowanym problemem. 74,1% kobiet niemieckojęzycznych nie szuka pomocy medycznej i nie stosuje leczenia. W Polsce 46% pacjentów poszukuje pomocy medycznej. Polskie pacjentki częściej zwracają się do dermatologów, a niemieckojęzyczne pacjentki do lekarzy rodzinnych.

**Wnioski:** Bazując na naszych wynikach, możemy stwierdzić, że trądzik jest poważnym problemem, który wymaga szczególnej opieki i porady medycznej.

### FOTOPROTEKCJA U MAŁYCH DZIECI — BADANIE ŚWIADOMOŚCI I ZACHWAŃ PROZDROWOTNYCH MATEK

Magdalena Kruzel<sup>1</sup>, Aleksandra Tobiasz<sup>1</sup>, Magdalena Łyko<sup>1</sup>, Alina Jankowska-Konsur<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

**Wstęp:** Fotoprotekcja jest istotnym elementem zapobiegania rozwojowi zmian przednowotworowych i nowotworów skóry, w tym czerniaka, dlatego ochrona przeciwsłoneczna jest ważna od najmłodszych lat życia. Spacerujące mamy i ich dzieci są szczególnie narażone na promieniowanie ultrafioletowe.

**Cel pracy:** Celem pracy była analiza świadomości i zachowań prozdrowotnych matek dzieci poniżej 6. roku życia.

**Materiały i metody:** W badaniu wykorzystano ankietę internetową dotyczącą fotoprotekcji u matek i ich dzieci, zawierającą 26 pytań (17 jednokrotnego i 4 wielokrotnego wyboru oraz 5 otwartych). W ankiecie wzięło udział 107 kobiet (średni wiek 30,67 lat). Średnia wieku dzieci wynosiła 1,9 roku (0–6 lat).

**Wyniki:** W analizowanej grupie (52,3%) matek deklarowało, że stosuje u dzieci krem z filtrem podczas spaceru. Najwięcej matek (105 osób, 98%) używało kremu z filtrem latem, natomiast 10,3% aplikowało krem cały rok. Statystycznie najczęściej krem z filtrem cały rok stosowały mamy najmłodszych dzieci ( $p < 0,041$ ). Przebywanie w cieniu nie zmniejszało częstości stosowania kremu z filtrem w grupie mam najmłodszych dzieci ( $p = 0,0254$ ). 53,3% mam wybierało dla swojego dziecka kremy z najwyższym filtrem SPF 50+. 43,9% matek wybierało krem z filtrem mineralnym, podczas gdy 38,3% nie wiedziało jaki rodzaj kremu z filtrem stosuje. W czasie pochmurnej pogody 86,9% matek rezygnowało z aplikacji kremu z filtrem. 67,3% mam stosowało krem z filtrem jeden raz, niezależnie od czasu trwania spaceru. 29% mam aplikowało krem co najmniej 15 minut przed ekspozycją na słońce.

**Wnioski:** Wzrasta świadomość matek na temat fotoprotekcji, jednak niektóre zachowania wymagają modyfikacji. Mamy najmłodszych dzieci przykładały największą wagę do ochrony przeciwsłonecznej. Konieczna jest dalsza promocja wiedzy na temat ochrony przed ekspozycją na promieniowanie ultrafioletowe.

**Słowa kluczowe:** fotoprotekcja, profilaktyka, krem z filtrem

### ZŁOŻONE SCENARIUSZE KLINICZNE W PRZEBIEGU WYBRANYCH CHŁONIAKÓW Z WTÓRNYM ZAJĘCIEM SKÓRY

Katarzyna Dulik, Sebastian Giebel, Grażyna Kamińska-Winciorek, Ryszard Swoboda

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

**Wstęp:** Zajęcie skóry w chłoniakach występuje w ok. 50%.

**Cel pracy:** W pracy przedstawiono 3 pacjentów z manifestacją chłoniaków w skórze i tk. podskórnej, leczonych w KTSIO IO w Gliwicach.

**Opis przypadków:** 1) 68-letnia chora z pierwotnym skórnyim chł. anaplastycznym z dużych komórek (C-ALCL) rozp. w 10.2015 roku na podst. bad. hist-pat nacieku ok. nadobojczykowej prawej. Zastosowano 6xCHOP+RTX do dawki 45Gy. Nawrót w postaci zmian skórnych na przedramieniu, okolicy piersi, plecach i kości ogonowej. Pomimo 2 cykli Bendamustyny progresja w postaci owrzodzenia w nadobojczu prawym oraz ogniska rumieniowo-naciekowego pod prawym gruczołem piersiowym ze złuszczeniem naskórka, sączeniem treści surowiczej. Włączono Methotrexat 30mg/dobę raz w tygodniu uzyskując całkowitą remisję (CR) zmian skórnych. Po 5 m-cach nawrót w piersi lewej w postaci blaszkowato-rumieniowego ogniska. Podano 6x Brentuksymab vedotin uzyskując CR. 2) 78-letnia chora z rozp. chłoniaka pierwotnego skórnyego z małych/średnich komórek T CD4+ w ok. krzyżowo-łędźwiowej, pośladków i kroczka o charakterze wyniosłych zmian barwy sinobordowej, pokrytych strupami z nadzerkami, bez dolegliwości. Podano Acyclovir uzyskano CR. W PET/CT małe ogniska patol. wychwyty w mięśniach szkieletowych kończyn i miednicy niewidoczne w TK. Ponadto w obrębie uda lewego nawracający guz tk. tłuszczowej bez histolog. potwierdzenia chłoniaka. 3) 35-letni pacjent z pierwotnym chłoniakiem śródpiersia rozpozn. na podstawie hist-pat guza śródpiersia. Zastosowano 8xR-CHOP z częściową remisją choroby. Progresja — gigan-

tyczny guz śródpiersia wychodzący poza klatkę piersiową z naciekami skóry i tk. podskórnej- oporny na chemio (R-IVAC,BGD,GDP) i radioterapie. **Wnioski:** Zażycie skóry w przebiegu chłoniaków może mieć charakter pierwotny lub wtórny. W przypadku wznowy oraz braku poprawy po leczeniu zawsze wskazana weryfikacja histopatologiczna zmian. Chłoniaki z wtórnym zajęciem skóry rokują gorzej i są odporne na chemioterapie.

### ZASTOSOWANIE TERAPII FOTODYNAMICZNEJ W LECZENIU LISZAJA TWARDZINOWEGO ZEWNĘTRZNYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH I ODBYTU — NA PODSTAWIE OPISU PRZYPADKU

Marta Kasprowicz-Furmańczyk<sup>1</sup>, Krzysztof Kopczyński<sup>2</sup>, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek<sup>1</sup>, Waldemar Placek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej, Olsztyn

<sup>2</sup>Instytut Optoelektroniki Wojskowej Akademii Technicznej, Warszawa

Liszaj twardzinowy (*lichen sclerosus*) jest przewlekłą chorobą zapalną skóry i błon śluzowych, zajmującą zazwyczaj okolice zewnętrznych narządów płciowych i odbytu. W obrazie klinicznym mogą występować pojedyncze lub mnogie rozsiane plamy, bądź rzadziej liszajopodobne grudki przechodzące w porcelanowobiałe wykwity zanikowe. Wczesne rozpoznanie i wdrożenie odpowiedniego leczenia LS może zmniejszyć lub zapobiec powstawaniu bliznowacenia w obrębie zmian chorobowych. Złotym standardem w leczeniu liszaja twardzinowego są silne i bardzo silne glikokortykosteroidy, jednak metoda ta nie zawsze jest wystarczająco skuteczna. Opis przypadku dotyczy 60-letniej pacjentki z kilkuletnim wywiadem liszaja twardzinowego zewnętrznych narządów płciowych. Pacjentka była nieskutecznie leczona silnymi glikokortykosteroidami zewnętrznymi i inhibitorami kalcyneuryny. W trakcie hospitalizacji po wcześniejszej aplikacji maści z kwasem 5-aminolewulinowym (ALA) wykonano zabieg terapii fotodynamicznej. Po zastosowaniu terapii uzyskano wygojenie nadżerek, redukcję bólu, świądu, nacieku zapalnego, zmniejszenie atrofii naskórka i hiperkeratozy. Chociaż glikokortykosteroidy pozostają metodą z wyboru w terapii liszaja twardzinowego zewnętrznych narządów płciowych, warto pamiętać o alternatywnych metodach leczenia, między innymi terapii fotodynamicznej.

### TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE W ROZPOZNANIU CZERNIAKA ZŁOŚLIWEGO — OPIS PRZYPADKÓW

Karolina Englert<sup>1</sup>, Anna Wojas-Pelc

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Wczesne wykrycie czerniaka złośliwego (MM) jest jednym z największych wyzwań w codziennej praktyce dermatologicznej, gdyż pomimo ciągle rozwijających się nowych metod leczenia MM, pacjenci w zaawansowanym stadium choroby nadal mają niekorzystne rokowanie. Dermoskopia jest nieinwazyjną metodą diagnostyczną, która umożliwia wgląd w strukturę morfologiczną znamienia, a tym samym ustalenie jego możliwego potencjału biologicznego. Jednak nie istnieją ściśle kryteria dermoskopowe pozwalające na zakwalifikowanie zmiany do kategorii łagodnej lub złośliwej. Celem pracy jest przedstawienie 4 przypadków czerniaków złośliwych, u pacjentów Kliniki Dermatologii w Krakowie, które nie prezentowały klasycznych cech klinicznych MM, a rozpoznanie przedoperacyjne wskazywało na znamiona dysplastyczne. W praktyce dermatoskopowej są wykorzystywane różnorodne systemy punktowe i algorytmy oceny ułatwiające zróżnicowanie znamienia od czerniaka złośliwego MM m. in.: zasada „brzydkiego kaczątka”, reguła ABCD, analiza wzorca, 7-punktowa skala Glasgow, przesiewowa skala trójstopniowa, skala Menzies. Akro-nim ABCD(E) został po raz pierwszy zaproponowany przez Kopfa i wsp. w 1985 r. w celu ułatwienia identyfikacji klinicznych cech czerniaka złośliwego tj: asymetria zmiany (A — *asymmetry*); nieregularne brzożgi zmiany (B — *border irregularity*); różnorodny kolor zmiany (C — *color variation*); średnica większa niż 5 mm (D — *diameter*) lub dynamika zmian morfologicznych w guzie (D — *dynamics*); powiększanie się średnicy znamienia (E — *evolution*). Większość czerniaków złośliwych prezentuje powyższe cechy kliniczne i spełnia kryteria reguły ABCDE. Istnieje jednak pewien odsetek wczesnych czerniaków, które posiadają tylko pojedyncze cechy atypowe. W tych przypadkach postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne oraz decyzja o usunięciu lub obserwacji znamienia nie są ściśle zdefiniowane i stanowią wyzwanie w codziennej praktyce dermatologicznej.

### NASILENIE ŚWIĄDU U DZIECI Z ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY WPŁYWA NA PSYCHOSPOŁECZNE FUNKCJONOWANIE ICH MATEK

Aleksandra Kobusiewicz<sup>1</sup>, Bartłomiej Tarkowski<sup>1</sup>, Aleksandra Lesiak<sup>2</sup>, Joanna Narbutt<sup>2</sup>, Anna Zalewska-Janowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zakład Psychodermatologii, Katedra Immunologii Klinicznej i Reumatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>2</sup>Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, Łódź

**Wstęp:** Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest powszechnie występującą przewlekłą dermatozą dziecięcą oraz stanowi poważny problem terapeutyczny, psychologiczny i społeczny. Zaobserwowano, że nasilenie zmian skórnych oraz świądu u dzieci chorych na AZS znamienne wpływa na jakość życia ich rodziców, poziom funkcjonowania rodziny, jak również stanowi źródło przewlekłego stresu dla obu stron.

**Cel pracy:** Ocena wpływu nasilenia świądu u dzieci z AZS na jakość życia, funkcjonowanie rodziny, stres, zaburzenia snu oraz zaburzenia depresyjne i lękowe u ich matek.

**Materiał i metody:** Do badania włączono 64 matki dzieci z AZS. Nasilenie AZS zostało ocenione za pomocą skali SCORAD, intensywność świądu oceniono za pomocą skali numerycznej NRS. Matki zostały poproszone o wypełnienie polskich wersji kwestionariuszy oceniających: jakość życia rodziny — FDLQI, funkcjonowanie rodziny — SOR, nasilenia stresu — PSS 10, zaburzenia snu — AIS, zaburzenia łęku i depresji — HADS.

**Wyniki:** W analizowanej grupie 64 matek dzieci z AD średni wiek wynosił 34,52 lata (SD = 6,29). Nasilenie świądu istotnie korelowało z wynikami uzyskanymi przez FDLQI ( $p = 0,48$ ,  $p < 0,001$ ), AIS ( $p = 0,39$ ,  $p = 0,003$ ) i PSS 10 ( $p = 0,291$ ,  $p = 0,023$ ). Nie stwierdzono istotnej korelacji między nasileniem świądu a HADS i SOR. Czas trwania choroby istotnie korelował z depresją HADS D ( $r = 0,29$ ,  $p = 0,01$ ) i lękiem HADS A ( $r = 0,27$ ,  $p = 0,02$ ).

**Wnioski:** Nasilenie świądu u dzieci z AZS wpływa na obniżenie jakości życia i snu ich matek, a także wpływa na odczuwany przez nich stres. Rozwój depresji i łęku związany jest z czasem trwania choroby i nie jest związany z nasileniem świądu. Postępowanie z dziećmi z AZS powinno obejmować wsparcie psychologiczne dla ich matek.

Grant naukowy: Grant Uniwersytetu Medycznego w Łodzi dla Młodych Naukowców.

### ANALIZA WYBRANYCH PRZYCZYŃ ŚWIERZBIĄCZKI GUZKOWEJ

Ewelina Machała, Filip Kaczmarczyk

Uniwersytet Rzeszowski

**Wstęp:** Świerzbiczka guzkowa (PN), obecnie coraz częściej traktowana jako świerzbiczka przewlekła, jest chorobą skóry, w przebiegu której u pacjentów obserwuje się powstawanie na skórze pod wpływem drapania silnie swędzących zmian guzkowych, ale także guzków czy blaszkowatych.

**Cel pracy:** Celem pracy była charakterystyka kliniczna chorych na PN z uwzględnieniem analizy przyczyn choroby, jednostek chorobowych, z którymi PN była najczęściej mylona, oraz czasu, jaki upłynął od momentu pojawienia się pierwszych objawów do postawienia właściwego rozpoznania.

**Materiał i metody:** Do badania zakwalifikowano 58 chorych na świerzbiczkę guzkową w wieku od 17 do 98 lat, którzy w latach 2016–2019 byli hospitalizowani w Klinice Dermatologii w Rzeszowie. Badanie oparto o specjalnie przygotowany kwestionariusz, który uzupełniano na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej, a następnie rozmowy telefonicznej z pacjentami.

**Wyniki:** PN częściej dotyczyła kobiet (stosunek kobiet do mężczyzn 2,9:1). U około 1/3 chorych (31%) stwierdzono współistnienie chorób alergicznych/atopii, przy czym osoby z chorobami alergicznymi były istotnie młodsze od pozostałych pacjentów ( $54,3 \pm 17,2$  lat vs.  $66,9 \pm 13,0$ ;  $p < 0,01$ ), jak również zdecydowanie wcześniej zachorowały na PN ( $46,6 \pm 17,8$  vs.  $60,5 \pm 15,1$  lat;  $p < 0,01$ ). U 15 (25,9%) chorych stwierdzono choroby tarczycy, u 8 (13,5%) cukrzycę, u 8 (13,8%) zaburzenia lipidowe, u 6 (10,3%) zaburzenia psychiczne, u 4 (6,9%) choroby neurologiczne. Osoby z chorobami neurologicznymi zachorowały na świerzbiczkę zdecydowanie później niż pozostali pacjenci ( $73,7 \pm 9,6$  lat vs.  $54,7 \pm 16,9$  lat;  $p = 0,03$ ). U większości chorych czas od wystąpienia pierwszych objawów choroby do postawienia rozpoznania przekraczał 12 miesięcy (71,9%).

**Wnioski:** PN jest chorobą o wielorakiej etiologii, która może być różna w zależności od wieku zachorowania. Późny okres prawidłowego rozpoznania

PN u większości chorych przekraczający 12 miesięcy świadczy o tym, że znajomość tej jednostki chorobowej wśród lekarzy jest ograniczona.

## PRACE KLINICZNE III

### REAKCJE FOTONADWRAŻLIWOŚCI NA LEKI — STARZY ZNAJOMI I NOWI PRZYJACIELE

Katarzyna Galica, Małgorzata Skibińska

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**Wstęp:** Reakcje fotonadwrażliwości mogą odpowiadać za ok. 8% wszystkich niepożądanych reakcji polekowych. Istnieje wiele leków, które mogą wywoływać, zarówno reakcje fototoksyczne jak i fotoalergiczne, a obraz kliniczny zmian skórnych często może być podobny.

**Cel opisu:** Zwrócenie uwagi zarówno na leki dobrze znane z potencjału wywoływania reakcji nadwrażliwości, jak i te rzadziej wiązane z tym objawem niepożądanym.

**Opis przypadku:** Do Kliniki Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w kwietniu 2019 roku skierowane zostały 3 pacjentki w wieku odpowiednio 45, 77 i 88 lat. U wszystkich kobiet stwierdzono zmiany rumieniowo-obrzękowe, a u jednej również pęcherzowe na skórze, w dwóch przypadkach twarzy, a w jednym kończyn dolnych. U wszystkich pacjentek zmiany skórne wystąpiły w wyniku ekspozycji na światło słoneczne. U pacjentek stwierdzono przyjmowanie nowych leków odpowiednio duloksetyny, glimepirydu i hydrochlortiazidu. Zmiany skórne po włączeniu leczenia glikokortykosteroidami ogólnie w dwóch przypadkach, a tylko miejscowo w jednym stopniowo ustąpiły. Pacjentkom zaproponowano wykonanie prób świetlnych w terminie późniejszym. Żadna z pacjentek nie była świadoma, że w trakcie zażywania tych leków powinna stosować ochronę przed promieniowaniem UV.

**Wnioski:** Pacjenci, którzy przyjmują leki mogące wywoływać reakcje fotonadwrażliwości powinni być poinformowani o możliwości wystąpienia tych reakcji i o konieczności stosowania fotoprotekcji.

### TRENDY WYSTĘPOWANIA NIECZERNIAKOWYCH RAKÓW SKÓRY W POLSCE — WIELOOŚRODKOWA ANALIZA DANYCH EPIDEMIOLOGICZNYCH

Magdalena Ciążyńska<sup>1</sup>, Grażyna Kamińska-Winciorek<sup>2</sup>, Dariusz Lange<sup>3</sup>, Bogumił Lewandowski<sup>4</sup>, Adam Reich<sup>5</sup>, Martyna Sławińska<sup>6</sup>, Marta Pabianek<sup>1</sup>, Katarzyna Szczepaniak<sup>1</sup>, Zbigniew Morawiec<sup>7</sup>, Janusz Piekarski<sup>8</sup>, Michał Sobjanek<sup>9</sup>, Witold Owczarek<sup>10</sup>, Katarzyna Wróbel<sup>10</sup>, Andrzej Bieniek<sup>11</sup>, Anna Woźniacka<sup>12</sup>, Joanna Narbutt<sup>13</sup>, Aleksandra Lesiak<sup>13</sup>

<sup>1</sup>Oddział Chorób Rozrostowych, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

<sup>2</sup>Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii Instytutu Onkologii w Gliwicach

<sup>3</sup>Zakład Patologii Nowotworów Instytutu Onkologii w Gliwicach

<sup>4</sup>Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Uniwersytetu Medycznego w Rzeszowie

<sup>5</sup>Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Rzeszowie

<sup>6</sup>Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku

<sup>7</sup>Oddział Chirurgii Onkologicznej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

<sup>8</sup>Oddział Chirurgii Onkologicznej, Klinika Chirurgii Onkologicznej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

<sup>9</sup>Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku

<sup>10</sup>Klinika Dermatologii, Wojskowy Instytut Medyczny, Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Obrony Narodowej, Warszawa

<sup>11</sup>Centrum Medyczne Bieniek, Wrocław

<sup>12</sup>Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>13</sup>Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej w Łodzi

**Wstęp:** Nieczerniakowe raki skóry (NMSC), do których zaliczają się rak podstawnokomórkowy (BCC) i kolczystokomórkowy (SCC), należą do najczęstszych nowotworów skóry występujących u osób rasy białej. Stosowana w Polsce klasyfikacja ICD-10 nie uwzględnia oddzielnej kategorii tych nowotworów. Ze względu na wspólne ujęcie w prowadzonych indeksach tych jednostek z innymi rzadkimi chorobami nowotworowymi skóry, trudno jest dokładnie oszacować wartość rzeczywistych zachorowań na BCC czy SCC. Dane sformułowane dla całej grupy NMSC ze względu na odmienną etiologiczną, genetyczną, kliniczną i różne rokowanie są trudne do interpretacji.

**Cel pracy:** Analiza trendów występowania BCC i SCC w Polsce.

**Materiał i metody:** Retrospektywna analiza przypadków histopatologicznie potwierdzonych BCC i SCC, które zostały zdiagnozowane w 7 ośrodkach w Polsce w okresie od 1999 do 2018. Ocenie zostały poddane takie dane jak płeć i wiek pacjenta w chwili wycięcia nowotworu, liczba, lokalizacja oraz podtyp usuniętych zmian.

**Wyniki:** Zarejestrowano 13 913 przypadków BCC i SCC występujących u 10083 pacjentów (stosunek mężczyzn do kobiet wynosił 50:50) w wieku 18 do 102 lat. BCC stanowił 79,8% wszystkich rozpoznań. SCC stosunkowo częściej pojawiał się u osób starszych niż BCC. Typ powierzchniowy BCC częściej pojawiał się w lokalizacjach ciała powszechnie chronionych przed słońcem, szczególnie na tułowiu, podczas gdy podtyp guzkowy występuje głównie na twarzy. Badanie przedstawia charakterystyczne różnice epidemiologiczne dla obu nowotworów i ich typów.

**Wnioski:** Wykazano utrzymującą się wysoką zachorowalność na BCC i SCC w naszej populacji. Zmiany te stanowią istotny problem natury zdrowotnej, estetycznej i ekonomicznej. Dlatego zasadne jest tworzenie badań epidemiologicznych uwzględniających indywidualne zachorowania na BCC i SCC oraz propagowanie profilaktyki zachorowalności na te nowotwory skóry.

**Słowa kluczowe:** nieczerniakowe raki skóry, epidemiologia

### DOŚWIADCZENIA KLINIKI DERMATOLOGII, DERMATOLOGII DZIECIĘCJ I ONKOLOGICZNEJ W ŁODZI W LECZENIU PACJENTÓW Z MALFORMACJAMI NACZYNIOWYMI LASEREM PULSACYJNO-BARWNIKOWYM

Aleksandra Kobusiewicz<sup>1</sup>, Klaudia Cegielska<sup>2</sup>, Paweł Kowalski<sup>2</sup>, Igor Bednarski<sup>3</sup>, Anna Zalewska-Janowska<sup>1</sup>, Joanna Narbutt<sup>3</sup>, Aleksandra Lesiak<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Zakład Psychodermatologii, Katedra Immunologii Klinicznej i Reumatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>2</sup>Studenckie Koło Dermatologiczne, Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, Łódź

<sup>3</sup>Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, Łódź

**Wstęp:** Malformacje naczyniowe (PWS), występują tuż po urodzeniu z częstością 3:1000, wzrost zmian jest wprost proporcjonalny do rozwoju dziecka i nigdy nie ulega samoistnemu zanikowi. Zmiany lokalizują się na całym ciele, przybierając zabarwienie od różowego po ciemno fioletowe. Złotym standardem leczenia PWS jest pulsacyjny laser barwnikowy (PDL).

**Cel pracy:** Przedstawienie epidemiologicznego obrazu pacjentów z PWS leczonych laserem PDL.

**Materiał i metody:** Do badania włączono 290 pacjentów z PWS leczonych laserem PDL na podstawie szpitalnej dokumentacji medycznej Kliniki Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej w Łodzi na przestrzeni lat 2010–2018. Zebrane retrospektywnie dane poddano analizie statystycznej.

**Wyniki:** Spośród 290 pacjentów, w wieku od 3 do 86 lat, 73,4% stanowiły kobiety, a 26,6% mężczyźni. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku 27–40 lat (34%). PWS najczęściej występowały w obrębie twarzy i stanowiły 33%, częstość pozostałych lokalizacji wynosiła kolejno: 19%

—kończyna dolna, 13% —szyja, 13% —kończyna górna, 10% —klatka piersiowa i brzuch, 6% —plecy, 4% —pośladki. Na przestrzeni lat 2010–2018 przeprowadzono 479 zabiegów, w latach 2017–2018 wykonano 138 rocznie, co stanowi 57% wszystkich zabiegów. Średnia parametrów lasera PDL, w zależności od lokalizacji, wyniosła odpowiednio (średnica wiązki  $\phi$ [mm] czas impulsu[s], energia[mJ]): twarz (6,94/0,92/9,47), kończyna dolna (7,60/1,43/7,37), szyja (7,19/1,28/8,32), kończyna górna (7,49/1,33/8,54). Parametry laseroterapii w zależności od lokalizacji nie różniły się u dzieci i dorosłych.

**Wnioski:** Przeanalizowano występowanie malformacji naczyniowych u dzieci i dorosłych, uwzględniając lokalizację, ilość hospitalizacji oraz zabiegów, a także parametry lasera PDL. Wyniki wskazują na istotność przeprowadzanych zabiegów w grupie dorosłych kobiet ze zmianami złokalizowanymi na twarzy oraz wzrost ilości zabiegów w ostatnich latach.

### ANALIZA CZYNNIKÓW KLINICZNO-HISTOPATOLOGICZNYCH PIERWOTNYCH I NAWROTOWYCH RAKÓW PODSTAWNOKOMÓRKOWYCH — BADANIE RETROSPEKTYWNE

Anna Płaszczyńska, Robert Skibiński, Martyna Sławińska,  
Roman J. Nowicki, Michał Sobjanek

*Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego  
Uniwersytetu Medycznego, Gdańsk*

**Wstęp:** Rak podstawnkomórkowy skóry (BCC) jest najczęstszym złośliwym nowotworem skóry. Aktualnym problemem klinicznym pozostaje leczenie pacjentów ze wznową BCC. Dokładna znajomość czynników ryzyka wznowy jest istotna w kontekście wyboru metody leczenia guza pierwotnego oraz obserwacji pacjentów po zakończonym leczeniu. W literaturze istnieją jedynie pojedyncze doniesienia dokumentujące częstość występowania wznowy BCC oraz charakterystykę tej grupy chorych w populacji polskich pacjentów.

**Cel pracy:** Analiza i porównanie wybranych cech kliniczno-histopatologicznych pierwotnych (pBCC) i nawrotowych (rBCC) raków podstawnkomórkowych skóry.

**Materiał i metody:** Retrospektywnie przeanalizowano rozpoznania histopatologiczne BCCs leczonych chirurgicznie w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2013–2018. Do analizy włączono 1190 guzów rozpoznanych u 827 pacjentów; z czego 1152 przypadki stanowiły pBCC, a 38 — rBCC.

**Wyniki:** W analizowanym przedziale czasowym odsetek guzów nawrotowych wyniósł 3,2%. Odsetek kobiet w grupie pBCC wyniósł 49,1%, a rBCC 50,0%. Najczęstszym wariantem histopatologicznym w grupie pBCC oraz rBCC był wariant naciekający nowotworu, jednak stanowił istotnie wyższy odsetek w grupie guzów nawrotowych (odpowiednio 38,5% oraz 55,3%). Średnia wieku chorych z pBCC i rBCC nie różniła się znacząco. Średni maksymalny wymiar guza pierwotnego wyniósł  $12,3 \pm 9,3$  mm, a guza nawrotowego  $18,4 \pm 15,1$  mm ( $p = 0,03$ ). Najczęstszą lokalizacją anatomiczną pBCC był nos, podobnie jak w przypadku rBCC (guzy w tej lokalizacji stanowiły odpowiednio 22,9% i 23,7%).

**Wnioski:** W analizowanej kohorcie stwierdzono stosunkowo niski odsetek wznów raka podstawnkomórkowego skóry. Wśród analizowanych czynników ryzyka najważniejszymi były wariant naciekający BCC oraz nieradykalne wycięcie guza pierwotnego.

**Słowa kluczowe:** rak podstawnkomórkowy skóry, BCC, wznowa miejscowa, czynniki ryzyka

### PRZYDATNOŚĆ DOPPLERA FALI CIĄGŁEJ DO WSTĘPNEJ DIAGNOSTYKI PRZEWLEKŁYCH ZMIAN SKÓRNYCH GOLENI

Aleksandra Znajewska-Pander<sup>1</sup>, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek<sup>2</sup>,  
Waldemar Placek<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej, Olsztyn

<sup>2</sup>Klinika i Katedra Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej, Olsztyn

**Wstęp:** Zmiany troficzne goleni są najczęściej następstwem zaburzeń ze strony układu żylnego. Mogą być również objawem niewydolności

układu tętniczego lub żylny-tętniczego czy zaburzonej funkcji pompy mięśniowej goleni. Najbardziej powszechną przyczyną powstania przewlekłych zmian skórnych goleni jest przewlekła niewydolność żylna, prowadząca w efekcie do powstania owrzodzenia. Istotne dla pacjenta jest udowodnienie, że wykorzystanie Dopplera fali ciągłej przyspiesza postawienie rozpoznania i pozwala na redukcję kosztów leczenia.

**Cel pracy:** W pracy dokonano analizy diagnostyki pacjenta z przewlekłymi zmianami skórnymi goleni. Skrócenie okresu diagnostyki pozwala na optymalizację procesu leczenia.

**Materiał i metody:** Badaniem zostaną objęci Pacjenci Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego oraz Poradni Dermatologicznej w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie, z przewlekłymi zmianami skórnymi złokalizowanymi na goleniach w wieku 18–85 lat. Metodyka badań będzie polegała na zebraniu wywiadu i badaniu przedmiotowym oraz wykonaniu dokumentacji fotograficznej. Każdy pacjent będzie miał wykonywane badanie wskaźnika ABI (kostka ramię) oraz wstępną ocenę ukrwienia kończyny. ABI pozwoli w prosty, bezbolesny sposób zróżnicować czy zmiany skórne na goleniach spowodowane są niewydolnością żył czy tętnic kończyn dolnych oraz wykluczyć ewentualną etiologię naczyniową powstałych zmian skórnych. Następnie przeprowadzone zostanie badanie USG Color Doppler celem oceny i weryfikacji uzyskanych wyników.

**Wnioski:** Badanie Dopplerem fali ciągłej jest użyteczne do wstępnej oceny przyczyny powstania zmian skórnych goleni poprzez badanie ABI i ocenę refluksu żylnego. Badanie pozwala dermatologowi w nieskomplikowany sposób zróżnicować etiologię zmian goleni. Wykorzystanie Dopplera fali ciągłej znacząco skraca czas wdrożenia odpowiedniej terapii.

### WYBRANE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA W SFERZE SEKSUALNEJ U MĘŻCZYZN CHORYCH NA ŁUSZCZYCĘ

Aleksandra Wnuk-Kłosińska<sup>1</sup>, Ewelina Bielanowska<sup>1</sup>,  
Dorota Jenerowicz<sup>2</sup>, Zygmunt Adamski<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe Dermatologii przy Katedrze i Klinice Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

**Wstęp:** Zmiany skórne w przebiegu łuszczycy są niekiedy przyczyną stygmatyzacji chorych, co może wiązać się z obniżeniem poczucia ich własnej wartości oraz szeroko pojętej jakości życia. W ostatnich latach coraz więcej uwagi poświęca się aspektom dotyczącym możliwego wpływu łuszczycy na życie seksualne chorych.

**Cel pracy:** Celem badania była ocena wybranych aspektów funkcjonowania w sferze seksualnej u mężczyzn chorych na łuszczycę z uwzględnieniem częstości występowania zaburzeń funkcji seksualnych oraz porównanie uzyskanych wyników z wynikami w grupie kontrolnej.

**Materiał i metody:** W badaniu wzięło udział 135 mężczyzn (87 z łuszczycą i 48 zdrowych) w wieku 21–69 lat. Średni wiek w grupie badanej: 40,6 lat, w grupie kontrolnej: 38,0 lat. Do oceny wybranych funkcji seksualnych wykorzystano kwestionariusz *International Index of Erectile Function* (IIEF-15). Ankieta zawierała dodatkowo autorskie pytania.

**Wyniki:** Całkowity wynik uzyskany w IIEF-15 jak i wyniki cząstkowe w 4 z 5 analizowanych w IIEF-15 obszarach (oprócz pożądania) były w grupie badanej istotnie statystycznie niższe w porównaniu z grupą kontrolną,  $p < 0,05$ . W obszarze erekcja wynik poniżej 26 punktów uzyskało 28,6% mężczyzn z grupy badanej, w grupie kontrolnej 11,4%,  $p = 0,0287$ . W grupie badanej częstość współżycia była niższa w porównaniu z grupą kontrolną,  $p = 0,03$ . 95,3% mężczyzn z grupy badanej nie rozmawiało nigdy z lekarzem na temat aspektów dotyczących ich życia seksualnego, 36,4% oczekiwałoby takiej rozmowy.

**Wnioski:** Zaburzenia funkcji seksualnych występują częściej u mężczyzn chorych na łuszczycę w porównaniu z grupą kontrolną. Zdecydowana większość mężczyzn chorych na łuszczycę nie rozmawiała nigdy z lekarzem na temat aspektów dotyczących ich życia seksualnego, a znaczna część z nich oczekiwałaby takiej rozmowy.

**Słowa kluczowe:** łuszczycza, zaburzenia funkcji seksualnych

## PORÓWNANIE SKUTECZNOŚCI TERAPII FOTODYNAMICZNEJ MIEJSCOWO STOSOWANEGO DIKLOFENAKU W ŻELU ORAZ TERAPII SKOJARZONEJ W LECZENIU ZMIAN O CHARAKTERZE ROGOWACENIA SŁONECZNEGO

Dorota Sobolewska-Sztychny, Joanna Narbutt, Aleksandra Lesiak  
Dermoklinika, Łódź

**Wstęp:** Rogowacenie słoneczne (AK, *actinic keratosis*) jest powszechną chorobą skóry charakteryzującą się występowaniem zmian hiperkeratycznych, w szczególności u osób, które przez wiele lat poddawane były nadmiernej ekspozycji na promieniowanie ultrafioletowe. Najczęściej stosowaną i uważaną za leczenie z wyboru metodą leczenia AK jest krioterapia, jednak efekty kosmetyczne po jej zastosowaniu nie zawsze są zadowalające.

**Cel pracy:** Porównanie skuteczności terapii fotodynamicznej, miejscowo stosowanego diklofenaku w żelu oraz terapii skojarzonej w leczeniu zmian o charakterze rogowacenia słonecznego.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto 30 pacjentów z rozpoznanymi klinicznie zmianami o charakterze rogowacenia słonecznego na skórze twarzy i głowy, których podzielono na 3 grupy: A — 10 osobowa grupa osób leczona przy użyciu diklofenaku w żelu przez 12 tygodni, B — 10 osobowa grupa osób leczona przy użyciu terapii fotodynamicznej (3 naświetlenia w odstępach 2-tygodniowych), C — 10 osobowa grupa osób leczona przy użyciu terapii fotodynamicznej (3 naświetlenia w odstępach 2-tygodniowych) oraz diklofenakiem w żelu pomiędzy naświetlaniem i 6 tygodni po zakończeniu naświetlań. Dokonano oceny nasilenia procesu chorobowego w skali AKASI przed i po leczeniu. Ponadto u wszystkich pacjentów oceniona została fluorescencja przy użyciu lampy Wooda. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej.

**Wyniki:** We wszystkich grupach badanych stwierdzono istotną poprawę kliniczną po zastosowanym leczeniu. Najlepsze efekty kliniczne wykazano w grupie osób stosujących terapię łączoną.

**Wnioski:** Ze względu na wysoką skuteczność terapii fotodynamicznej w połączeniu z diklofenakiem, powinna być to metoda rekomendowana w leczeniu zmian o charakterze AK.

## WPŁYW ŚWIĄDU I BÓLU NA JAKOŚĆ SNU U PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁYMI DERMATOZAMI ZAPALNYMI

Karolina Kaaz, Łukasz Matusiak, Jacek C. Szepietowski

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

**Wstęp:** Atopowe zapalenie skóry (AD), łuszczyca zwykła (Ps) oraz *hidradenitis suppurativa* (HS) należą do przewlekłych dermatoz zapalnych, które mogą przebiegać z obecnością świądu i bólu. Sen jest fizjologicznym procesem, w którym skóra odgrywa istotną rolę. Wydaje się, że objawy świądu i bólu mogą wpływać na jakość snu pacjentów, jednak problem ten nie został jeszcze szczegółowo poznany.

**Cel pracy:** Celem pracy była ocena wpływu świądu i bólu na jakość snu u chorych z AD, Ps i HS.

**Materiał i metody:** Grupę badaną stanowiło 100 chorych z AD (wiek średnio 39,2 ± 15,4 lat), 100 chorych z Ps (wiek średnio 44,1 ± 15,8 lat) oraz 108 chorych z HS (wiek średnio 36,3 ± 12,1 lat). Grupę kontrolną stanowiło 50 zdrowych ochotników. Nasilenie świądu i bólu oceniano za pomocą wizualnej skali analogowej (VAS). Do oceny snu wykorzystano Ateńską Skalę Bezsenności (AIS) oraz Kwestionariusz Jakości Snu Pittsburgh (PSQI) oraz jakości życia kwestionariusz DLQI.

**Wyniki:** Średnie nasilenie świądu i bólu w przeciągu trzech ostatnich dni wynosiło: AD: 7,1 ± 2,7 pkt., 5,3 ± 2,9 pkt., Ps: 6,6 ± 2,6 pkt. i 6,5 ± 3,6 pkt. oraz HS: 4,1 ± 2,9 pkt. i 4,9 ± 2,9 pkt. Średnie wartości AIS: AD: 10,5 ± 5,5 pkt., Ps: 7,4 ± 5,2 pkt. oraz HS: 5,4 ± 4,3 pkt. Obecność bezsenności stwierdzono u chorych: AD 82%, Ps 62% i HS 40%. Średnie wartości PSQI: AD: 8,3 ± 4,2 pkt., Ps: 8,1 ± 4,8 pkt. oraz HS: 6,5 ± 3,6 pkt. Obniżoną jakość snu obserwowano u 80% chorych z AD i Ps oraz 70% chorych z HS. Nasilenie świądu istotnie korelowało z bezsennością (AIS) u chorych z AD ( $r = 0,44$ ,  $p < 0,0001$ ) oraz u chorych z Ps z bezsennością (AIS) ( $r = 0,34$ ,  $p < 0,001$ ) i obniżeniem jakości snu (PSQI) ( $r = 0,59$ ,  $p < 0,001$ ). U chorych z HS ból istotnie wpływał na obniżenie jakości snu ( $p = 0,02$ ).

**Wnioski:** Przewlekłe dermatozy zapalne przebiegają z objawami świądu i bólu. Obecność świądu powoduje bezsenność i istotnie obniża jakość snu u chorych z AD i Ps. Ból jest kluczowym czynnikiem wpływającym na obniżenie jakości snu u chorych z HS.

Grant naukowy: STM.C260.16.030

## WPŁYW LARWATERAPII NA FLORĘ BAKTERYJNĄ RAN PRZEWLEKŁYCH

Monika Gieron<sup>1</sup>, Beata Kręcisz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii, Wójcowski Szpital Zespolony, Kielce

<sup>2</sup>Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

Larwoterapia jest metodą leczenia ran znaną od czasów starożytności, która w ostatnim czasie coraz szerzej stosowana jest w praktyce klinicznej jako metoda alternatywna oczyszczania ran z martwej tkanki. W literaturze opisywanych jest kilka mechanizmów działania larw w środowisku rany; poza oczyszczaniem, larwy również pobudzają ziarninowanie oraz mają działanie przeciwbakteryjne. Celem naszej pracy jest ocena czy larwoterapia ma wpływ na florę bakteryjną przewlekłych, trudnogojących się owrzodzeń. U 24 pacjentów z ranami przewlekłymi o etiologii żyłnej, tętniczej, mieszanej tętniczo-żyłnej, odleżynowej, neuropatycznej zastosowano opatrunki z larw gatunku *Lucilla Sericata* zamkniętych w woreczkach. Przed i po terapii pobierano wymaz na posiew. U części pacjentów zastosowano również dodatkowo antybiotykoterapię celowaną. Otrzymano zróżnicowane wyniki. W ranach najczęściej hodowano bakterie gatunków *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*. Po terapii u części pacjentów zmniejszyła się ilość bakterii w ranach, u części zastosowanie larw nie wpłynęło na wynik posiewu, a u części wyhodowano nowe szczepy z owrzodzeń. Po larwoterapii zmniejszyła się średnia ilość szczepów bakteryjnych w ranach. Odnotowano również mniejszą częstość patogenów alarmowych.

**Wnioski:** Larwoterapia zmienia środowisko bakteryjne ran. Zmniejszenie ilości bakterii w ranach, zwiększa się przy zastosowaniu większej ilości aplikacji larw.

## OBRAZ KLINICZNY I CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA ŚWIĄDU U PACJENTÓW Z TOCZNIEM RUMIENIOWATYM SKÓRNYM

Justyna Szczęch<sup>1</sup>, Dominik Samotij<sup>1</sup>, Aleksandra Dańczak-Pazdrowska<sup>2</sup>, Alice Verdelli<sup>3</sup>, Diletta Bonciani<sup>3</sup>, Emiliano Antiga<sup>3</sup>, François Chasset<sup>4</sup>, Mohammad Rafiqul Mowla<sup>5</sup>, Adriana Polańska<sup>2</sup>, Minoru Hasegawa<sup>6</sup>, Hideo Hashizume<sup>7</sup>, Laurent Misery<sup>8</sup>, Hee Joo Kim<sup>9</sup>, Aleksandra Lesiak<sup>10</sup>, Daisuke Tsuruta<sup>11</sup>, Fukumi Furukawa<sup>12</sup>, Jacek C. Szepietowski<sup>13</sup>, Marzia Caproni<sup>3</sup>, Victoria P. Werth<sup>14</sup>, Adam Reich<sup>15</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii, Rzeszów

<sup>2</sup>Klinika Dermatologii, Poznań

<sup>3</sup>Department of Surgery and Translational Medicine, Section of Dermatology, Florencia, Włochy

<sup>4</sup>Sorbonne University, Department of Dermatology and Allergology, Paryż, Francja

<sup>5</sup>Department of Dermatology, Chittagong Medical College, Chittagong, Bangladesz

<sup>6</sup>Department of Dermatology, Division of Medicine, Faculty of Medical Sciences, Fukui, Japonia

<sup>7</sup>Department of Dermatology, Shimada Municipal Hospital, Shimada, Japonia

<sup>8</sup>Department of Dermatology, University Hospital of Brest, Brest, Francja

<sup>9</sup>Department of Dermatology, Gil Medical Center, Gachon University College of Medicine, Incheon, Korea Południowa

<sup>10</sup>Klinika Dermatologii, Łódź

<sup>11</sup>Department of Dermatology, Osaka City University Graduate School of Medicine, Osaka, Japonia

<sup>12</sup>Department of Dermatology, Wakayama Medical University, Wakayama, Japonia

<sup>13</sup>Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

<sup>14</sup>Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania and Corporal Michael J. Crescenz VAMC, Filadelfia, Stany Zjednoczone

<sup>15</sup>Klinika Dermatologii, Uniwersytet Rzeszowski

**Wstęp:** Toczeń rumieniowaty skóry (CLE) jest chorobą autoimmunologiczną o zróżnicowanym obrazie klinicznym. Świąd jest ważnym objawem często towarzyszącym różnym stanom zapalnym skóry, a niektóre najnowsze dane wskazują, że może on być również związany z autoimmunologicznymi chorobami tkanki łącznej.

**Materiał i metody:** Wybrano centra z różnych kontywentów specjalizujące się w diagnostyce i leczeniu CLE w celu uwzględnienia możliwych

różnic rasowych i środowiskowych: 6 centrów z 3 krajów w Europie, 6 centrów z 3 krajów w Azji i 1 centrum z Ameryki Północnej.

Badaniem objęto 151 pacjentów z CLE. Ich wiek wynosił od 17 do 82 lat (średnio  $49,8 \pm 15,4$  lat), a 115 pacjentów (76,2%) stanowiły kobiety. Aktywność choroby oceniono używając wskaźnika CLASI. Nasilenie świądu i bólu, zarówno maksymalne, jak i średnie, oceniano za pomocą skali NRS. Ocena jakości życia dokonana była przy użyciu skal DLQI i EQ-5D.

**Wyniki:** Świąd wystąpił u 116 wszystkich analizowanych pacjentów (76,8%). Świąd najczęściej zlokalizowany był na zmienionej chorobowo skórze owłosionej głowy, twarzy i ramion (odpowiednio  $n = 47, 40,5\%$ ,  $n = 42, 36,2\%$ ,  $n = 37, 31,9\%$ ). Świąd był najbardziej nasilony w momencie pojawienia się nowych zmian skórnych ( $n = 45, 38,8\%$ ). Ponad 54% pacjentów oceniło, że świąd był obecny codziennie i najczęściej występował wieczorem ( $n = 49, 42,2\%$ ). Punktacja świądu i aktywność CLASI były skorelowane ( $p = 0,047$ ), chociaż nie korelowały z wynikiem uszkodzenia CLASI ( $p = 0,333$ ).

**Wnioski:** Świąd jest częstym, ale często pomijanym objawem CLE. Jego intensywność koreluje z aktywnością CLE, ale nie z wynikiem obrazu. U ponad połowy wszystkich pacjentów jest to codzienny objaw choroby. Korelacja między intensywnością świądu a aktywnością choroby skóry i zajęciem systemowym wskazuje, że świąd może być indywidualnym wskaźnikiem aktywności SLE i CLE.

### OCENA POZIOMU WIEDZY UCZNIÓW TRÓJMIEJSKICH SZKÓŁ LICEALNYCH NA TEMAT CHOROBY PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ NA PODSTAWIE BADANIA ANKIETOWEGO

Adrian Wiśniewski<sup>1</sup>, Anna Kisielnicka<sup>1</sup>, Aneta Szczerkowska-Dobosz<sup>2</sup>, Monika Konczalska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dermatologiczne Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Gdańsk

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Gdańsk

**Wstęp:** W związku z danymi epidemiologicznymi notującymi wzrost liczby zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową (STD, *sexually transmitted diseases*), szczególnie w populacji młodych dorosłych, przeprowadzono ocenę wiedzy uczniów wybranych Trójmiejskich szkół licealnych.

**Cel pracy:** Ocena poziomu wiedzy trójmiejskiej młodzieży szkolnej na temat STD oraz ich profilaktyki.

**Materiał:** 325 uczniów trójmiejskich szkół licealnych w wieku od 18 do 19 lat.

**Metody:** Przeprowadzono anonimową, dobrowolną ankietę, która sprawdzała wiedzę na temat epidemiologii, możliwych dróg zakażenia, wiedzy o objawach klinicznych, przebiegu i zapobieganiu STD.

**Wyniki:** Zaledwie ¼ badanych identyfikuje kłykciny kończyste jako chorobę przenoszoną drogą płciową, a połowa z nich zalicza do nich także zakażenie opryszczką wargową i narządów płciowych. Większość ankietowanych poprawnie identyfikuje wyłącznie objawy związane z okolicą moczowo-płciową (owrzodzenie na narządach płciowych 88,62%, świąd okolicy moczowo-płciowej 81,85%, ból przy oddawaniu moczu 76,31%, wyciek z cewki moczowej 67,38%). Jedynie 1/3 uważa, że w przypadku podejrzenia zakażenia STD pomocy można szukać u dermatologa posiadającego specjalizację z wenerologii oraz, że w takiej sytuacji skierowanie nie jest wymagane. Głównym źródłem informacji o STD dla młodzieży są artykuły popularnonaukowe dostępne w internecie i zajęcia edukacyjne w szkołach.

**Wnioski:** Stan wiedzy młodzieży na temat chorób przenoszonych drogą płciową i ich profilaktyki jest niewystarczający, co zwiększa szanse podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych. Osoby młode są grupą szczególnie narażoną na znaczny wzrost zachorowalności na STD, dlatego edukacja młodzieży jest niezbędną formą zapobiegania transmisji zakażeń.

### PORÓWNAWIE SKUTECZNOŚCI TERAPII FOTODYNAMICZNEJ Z ZASTOSOWANIEM CHLOROWODORKU KWASU 5-AMINOLEWULINOWEGO W FORMIE ŻELU LUB KREMU W LECZENIU ZMIAN O CHARAKTERZE TRĄDZIKU I ROGOWACENIA SŁONECZNEGO

Dorota Sobolewska-Sztychny, Joanna Narbutt, Aleksandra Lesiak

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, Łódź

**Wstęp:** Od wieków znana jest koncepcja wykorzystania światła w skojarzeniu z substancją fotoczułą do leczenia różnych chorób. Istnieje wiele związków fotoaktywnych, jednak tylko niektóre z nich, spełniające określone warunki, znajdują zastosowanie w terapii fotodynamicznej.

**Cel pracy:** Ocena skuteczności terapii fotodynamicznej u pacjentów z rogowaceniem słonecznym oraz trądzikiem przy użyciu chlorowodoru kwasu 5-aminolewulinowego w formie 10% lipozelu lub 10% kremu.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto grupę 16 osób z rozpoznaniem klinicznie trądzikiem o średnim nasileniu (8 naświetlanych po zastosowaniu 10% chlorowodoru kwasu 5-aminolewulinowego w formie lipozelu i 8 po zastosowaniu 10% chlorowodoru kwasu 5-aminolewulinowego w formie kremu) oraz 20 osób z rozpoznaniem klinicznie rogowaceniem słonecznym (10 naświetlanych po zastosowaniu 10% chlorowodoru kwasu 5-aminolewulinowego w formie lipozelu i 10 po zastosowaniu 10% chlorowodoru kwasu 5-aminolewulinowego w formie kremu). W każdej grupie wykonano trzy sesje PDT w odstępach 2-tygodniowych. U wszystkich pacjentów z grup naświetlanych, przed i po każdym zabiegu dokonano oceny nasilenia dolegliwości bólowych w trakcie naświetlań w skali VAS. U wszystkich uczestników badania dokonano oceny nasilenia procesu chorobowego przed i po leczeniu. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej.

**Wyniki:** Zabiegi z zastosowaniem kwasu 5-aminolewulinowego w formie 10% lipozelu wiązały się z istotnie statystycznie wyższą skutecznością w porównaniu z zastosowaniem 10% kremu zarówno w grupie osób z trądzikiem, jak i rogowaceniem słonecznym.

**Wnioski:** 10% chlorowodorek kwasu 5-aminolewulinowego w formie lipozelu jest bardziej skuteczny w terapii trądziku oraz AK w stosunku do 10% kremu, jednak powoduje większe dolegliwości bólowe podczas terapii.

### OCENA SKUTECZNOŚCI TERAPII FOTODYNAMICZNEJ W GRUPIE PACJENTEK Z LISZAJEM TWARDZINOWYM I ZANIKOWYM SROMU

Dorota Sobolewska-Sztychny, Joanna Narbutt, Aleksandra Lesiak

Dermoklinika, Łódź

**Wstęp:** Liszaj twardzinowy jest przewlekłą chorobą skóry o nieznanym etiologii. Typowe zmiany chorobowe w postaci atroficznych, porcelanowobiałych blaszek w większości przypadków dotyczą skóry okolicy anogenitalnej. Zmianom skórnym bardzo często towarzyszy ból i swędzenie zewnętrznych narządów płciowych. Najczęściej zmiany pojawiają się w wieku podeszłym i najprawdopodobniej spowodowane są niedoborami hormonalnymi.

**Cel pracy:** Ocena skuteczności PDT (*photodynamic therapy*) w grupie pacjentek z liszajem twardzinowym i zanikowym sromu.

**Materiał i metody:** Grupę badawczą stanowiło 14 kobiet z rozpoznaniem histopatologicznym liszajem twardzinowym i zanikowym sromu, u których wykonano 10 naświetlań PDT w odstępach tygodniowych. Wszystkie pacjentki wypełniły kwestionariusz DLQI przed i po serii 10 naświetlań. Ponadto wszystkie uczestniczki badania dokonały oceny nasilenia świądu, pieczenia i bólu w skali 0–10 przed i po każdym zabiegu oraz w trakcie naświetlań. Skuteczność terapii oceniano w oparciu o badanie kliniczne przed i po zakończeniu naświetlań. Wszystkich ocen dokonano także po 6 miesiącach od zakończenia naświetlań.

**Wyniki:** U wszystkich pacjentek uzyskano znacznego stopnia poprawę kliniczną. Stwierdzono istotnie statycznie zmniejszenie dolegliwości subiektywnych oraz poprawę DLQI po serii 10 naświetlań. Najczęściej zgłaszanym objawem niepożądanym był ból w trakcie naświetlania. Wszystkie pacjentki były „zadowolone” lub „bardzo zadowolone” z terapii.

**Wnioski:** PDT jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia liszaja twardzinowego i zanikowego.

### JAK LECZYĆ BRODAWKI WIRUSOWE?

Aleksandra Znajewska-Pander, Małgorzata Orylska, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Waldemar Placek

Klinika i Katedra Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej, Olsztyn

**Wstęp:** Brodawki wirusowe to grudki naskórkowe o nierównej, szorstkiej powierzchni, mające kolor skóry. Najczęściej zlokalizowane są na

palcach rąk, na wałach paznokciowych, niekiedy pod płytką paznokciową a także na podszewkach stóp. Istnieje kilka metod, dzięki którym możemy je usunąć: kriochirurgia, elektrokoagulacja, laseroterapia czy terapia fotodynamiczna. Jaką metodę zaproponować pacjentowi, aby skutecznie wyleczyć brodawki?

**Cel pracy:** Celem naszej pracy jest przedstawienie krótkich nagrań, na których krok po kroku usuwane są brodawki wirusowe z uwzględnieniem wad i zalet wspomnianych metod.

**Wnioski:** Proste techniki zabiegowe mogą stanowić wyzwanie dla początkującego dermatologa, ponadto nietypowa lokalizacja brodawek wirusowych często wymaga połączenia kilku metod leczenia. Umiejętności praktyczne usuwania brodawek wirusowych, przedstawione w formie filmowego instruktażu, mogą być przydatne w codziennej praktyce lekarza praktyka.

**Słowa kluczowe:** brodawki wirusowe, kriochirurgia, elektrokoagulacja, laseroterapia, terapia fotodynamiczna

### LICHEN PLANUS SEVERITY INDEX JAKO UNIWERSALNE NARZĘDZIE OCENY STANU PACJENTA Z LISZAJEM PŁASKIM

Katarzyna Kuźniar, Sylwia Kocór, Antonina Oboz-Adaś, Ewa Żabska, Adam Reich

Uniwersytet Rzeszowski

**Wstęp:** Liszaj płaski (LP) jest przewlekłym schorzeniem autoimmunologicznym, dotyczącym skóry, błon śluzowych i innych okolic. Mnogość postaci choroby oraz zróżnicowana lokalizacja zmian chorobowych stanowią istotną trudność w miarodajnej ocenie nasilenia LP.

**Cel pracy:** Celem badania było opracowanie narzędzia do oceny LP, które umożliwi określenie nasilenia choroby w powtarzalny sposób.

**Materiał i metody:** Skala *Lichen Planus Severity Index* (LPSI) została opracowana, aby zapewnić całościową ocenę liszaja płaskiego — aktywności i wywołanych uszkodzeń w obrębie skóry, błon śluzowych, z uwzględnieniem zmian na paznokciach oraz utraty włosów. Zmiany skórne zostały ocenione w grupie 27 osób z LP w następujących lokalizacjach: na skórze głowy, twarzy, klatce piersiowej, brzuchu, plecach i pośladkach, kończynach górnych i dolnych, dłoniach i stopach. Ocena aktywności obejmowała rumień, przerost i łuszczenie w obrębie zmian; natomiast w przypadku uszkodzenia brano pod uwagę hiperpigmentację oraz bliznowacenie/zanik. Uzyskaną punktację LPSI skorelowano z oceną jakości życia przy użyciu DLQI (*Dermatology Life Quality Index*) i EQ-5D (wzrokowo-analogowy wskaźnik zdrowia), intensywności bólu i świądu przy użyciu NRS (*Numerical Rating Scale*); a także do całościowej oceny zaawansowania choroby przez pacjenta i lekarza.

**Wyniki:** Aktywność LP oceniona według LPSI wahała się od 1 do 21 punktów (średnio  $8,7 \pm 5,8$  punktów), natomiast uszkodzenie od 1 do 10 punktów (średnio  $4,2 \pm 1,9$  punktów). Ocena aktywności i uszkodzenia cechowała się dobrą powtarzalnością (odpowiednio ICC = 0,97 i ICC = 0,78). Aktywność według LPSI istotnie korelowała z obniżeniem jakości życia wg DLQI (R = 0,4; p < 0,05), nasileniem świądu wg NRS (R = 0,66; p < 0,001) oraz globalną oceną nasilenia choroby dokonaną przez lekarza (R = 0,5; p = 0,01).

**Wnioski:** Wstępne rezultaty pokazują, że LPSI odzwierciedla stan kliniczny pacjentów. Za pomocą LPSI możliwa była ocena pacjentów z różnorodnymi postaciami i lokalizacjami LP, co wskazuje na uniwersalność LPSI. LPSI wydaje się być użytecznym narzędziem oceny nasilenia LP, co może wspomóc monitorowanie efektywności leczenia pacjentów.

## MŁODZI DLA MŁODYCH II WYZWANIA WSPÓŁCZESNEJ DERMATOLOGII

### LEKI BIOLOGICZNE W TERAPII TOCZNIA RUMIENIOWATEGO

Dominik Samotij

Zakład i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów

Toczeń rumieniowaty układowy jest przewlekłym, wieloukładowym schorzeniem o podłożu autoimmunologicznym o trudnym do przewidzenia przebiegu i szerokim spektrum objawów klinicznych. Postęp w leczeniu choroby dokonany na przestrzeni ostatnich dekad, polegający głównie na wprowadzeniu do terapii glikokortykosteroidów i innych konwencjonalnych metod immunosupresji, przyczynił się do istotnego wydłużenia średniej długości życia chorych. Efektywna

kontrola objawów choroby wiąże się jednak często z rozwojem toksycznego uszkodzenia narządów wewnętrznych i powikłań infekcyjnych. Istnieje zatem, jak dotąd niespełniona, potrzeba opracowania leków bardziej skutecznych i cechujących się korzystniejszym profilem bezpieczeństwa. Lepsze zrozumienie patogenetycznej choroby umożliwiło opracowanie nowoczesnych metod celowanej farmakoterapii tocznia rumieniowatego układowego. W fazie badań klinicznych znajduje się obecnie wiele nowych leków biologicznych skierowanych przeciwko limfocytom B, limfocytom T i cytokinom. Wydaje się, że skojarzenie tych cząsteczek z klasycznymi metodami terapii tocznia rumieniowatego układowego może zwiększać skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.

## PREZENTACJA PRZYPADKÓW IV

### PRZYPADEK PACJENTKI Z ZESPOŁEM WELLSA

Natalia Kliniewska, Małgorzata Skibińska

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej w Łodzi

**Wstęp:** Zespół Wellsa jest rzadką eozynofilową chorobą skóry, o nieznannej etiologii, charakteryzującą się klinicznie występowaniem zmian rumieniowo-obrzękowych z histopatologicznymi cechami nacieku eozynofilowego w skórze właściwej.

**Cel pracy:** Przedstawienie problemu diagnostyczno-terapeutycznego, dotyczącego rzadkiej choroby, jaką jest zespół Wellsa.

**Opis przypadku:** 18-letnia pacjentka była hospitalizowana w Klinice Dermatologii z powodu zmian rumieniowo-obrzękowych oraz sino-fioletowych ognisk, zlokalizowanych na skórze tułowia oraz kończyn.

Zmiany utrzymywały się u pacjentki od 8 miesięcy, z okresami zaostrzeń i remisji. W badaniach laboratoryjnych uwagę zwracała leukocytoza z eozynofilią (odpowiednio:  $13,7$  tys./ $\mu$ l;  $5,5$  tys./ $\mu$ l). Wykluczono infekcję pasożytniczą. W badaniu histopatologicznym wycinka ze zmiany skórnej opisano w skórze właściwej okołonaczyniowe intensywne nacieki limfo-granulocytarne z obecnością granulocytów kwasochłonnych. Na podstawie obrazu klinicznego oraz wyników badań rozpoznano zespół Wellsa. W leczeniu zastosowano glikokortykosteroidoterapię doustną (prednizon 40 mg), uzyskując remisję zmian chorobowych. Pacjentka pozostaje pod stałą opieką Poradni Dermatologicznej i Hematologicznej.

**Wnioski:** Przypadek jest prezentowany z uwagi na rzadkość występowania zespołu Wellsa w populacji.



## SARKOIDOZA W TATUAŻU

Patrycja Rogowska, Dorota Purzycka-Bohdan, Aneta Szczerkowska-Dobosz

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

**Wstęp:** Sarkoidoza jest chorobą wielonarządową o nieznanej etiologii, charakteryzującą się tworzeniem nieserowaciejących ziarniaków. Najczęstsze lokalizacje narządowe stanowią płuca, oko, serce i skóra. Zajęcie skóry jest opisywane w 25% przypadków choroby i cechuje się bardzo zróżnicowanym obrazem klinicznym.

**Cel pracy:** Analiza obrazu klinicznego pacjentki z rozpoznaniem sarkoidozy układowej prezentującej reakcję grudkowo-guzkową zlokalizowaną w dwóch czarnych tatuażach.

**Opis przypadku:** Przedstawiamy przypadek 37-letniej pacjentki z rozpoznaniem sarkoidozy układowej z zajęciem oka, płuc i węzłów chłonnych. W obrębie 2 z 6 tatuaży pacjentki, wykonanych 15 lat wcześniej z użyciem wyłącznie czarnego pigmentu obserwowano nasilone zmiany zapalne. Cała powierzchnia tatuaży była uniesiona ponad powierzchnię skóry z obecnością wyczuwanych palpacyjnie czarnych, bezobjawowych grudek i guzków występujących na rumieniowym podłożu. Ponadto pacjentka prezentowała zmiany o charakterze rumienia guzowatego na podudziach oraz ciemnoczerwone drobne guzki zlokalizowane na skórze tułowia i kończyn. Badanie histopatologiczne materiału biopsyjnego pobranego z jednej ze zmian o charakterze drobnoguzkowym wykazało obecność sarkoidalnych ziarniaków.

**Wnioski:** Tendencja do rozwoju sarkoidozy w obrębie tatuażu stanowi powszechnie obserwowane zjawisko. Analizując wyniki biopsji u pacjentów z reakcjami grudkowo-guzkowymi w tatuażu, wnioskuje się, że zwiększona liczba aglomeratów czarnego pigmentu wiąże się z częstszym występowaniem reakcji sarkoidalnych. Zaleca się wykonywać diagnostykę w kierunku sarkoidozy układowej u pacjentów z reakcjami grudkowo-guzkowymi w tatuażu, jak również unikać podażi nadmiernej ilości czarnego pigmentu do skóry podczas tatuowania.

## TRĄDZIK RÓŻOWATY PIORUNUJĄCY (ACNE ROSACEA FULMINANS) — OPIS PRZYPADKU WSPÓŁWYSTĘPOWANIA CHOROBY Z NIESWOISTYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO

Marcela Nowak, Dorota Mehrholz, Wioletta Barańska-Rybak, Roman Nowicki

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

Trądzik różowaty piorunujący (RF, *rosacea fulminans*) jest niezwykle rzadką chorobą z raportami opisującymi jedynie około 200 przypadków. RF głównie występuje u kobiet około 20. roku życia. RF jest poważną odmianą trądziku różowatego charakteryzującą się nagłym pojawieniem się bolesnych, zapalnych zmian chorobowych pokrytych krwotocznymi strupami. Czynnikiem prowokującym objawy może być stres, alkohol lub ostre potrawy. Zmiany dotyczą najczęściej środkowej części twarzy. W niniejszej pracy został zaprezentowany przypadek ciężkiej formy RF u mężczyzny 48-letniego. W grudniu 2017 roku do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii w Gdańsku zgłosił się pacjent z wykwitami naciekowo-rumieniowymi w centralnej części skóry twarzy, na czole, nosie i policzkach z obecnymi mnogimi krostami o cienkiej pokrywie oraz pojedynczymi strupami powstałymi po ewakuacji treści ropnej. Równocześnie pacjent obciążony wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, które w literaturze współwystępuje z RF. AF musi być natychmiast leczony, aby uniknąć poważnych problemów medycznych, takich jak trwałe szpecące blizny. W dzisiejszych czasach odnotowuje się coraz mniej przypadków RF, prawdopodobnie z powodu wcześniejszego diagnozowania i skuteczniejszego leczenia trądziku.

## SIATKOWATA MUCYNOZA RUMIENIOWATA — OPIS PRZYPADKU

Katarzyna Tyrak, Agnieszka Rewera, Beata Juszczyńska-Darasz

*Oddział Dermatologii, Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie*

**Wstęp:** Siatkowata mucynoza rumieniowata (REM, *reticular erythematous mucinosis*) jest rzadką chorobą z grupy mucynoz skórnych. W typowych przypadkach zmiany skórne mają charakter wykwitów grud-

kowych na rumieniowym podłożu o układzie siateczkowatym. Zmiany najczęściej zajmują środkową część klatki piersiowej i pleców, mogą być wywoływane lub zaostrzane przez promieniowanie ultrafioletowe. REM najczęściej występuje u kobiet w średnim wieku.

**Cel pracy:** Zwrócenie uwagi na rzadką chorobę skóry należącą do grupy mucynoz skórnych.

**Opis przypadku:** 42-letni mężczyzna zgłosił się do Poradni Dermatologicznej Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie z powodu zmian skórnych, które pojawiły się 12 miesięcy wcześniej. W badaniu przedmiotowym stwierdzono zmiany grudkowo-rumieniowe oraz plamy przebarwieniowe zlokalizowane w obrębie szyi. Zmiany skórne diagnozowano dotychczas jako łupież psty, stosując w leczeniu miejscowe preparaty przeciwgrzybicze bez poprawy klinicznej. W badaniu histologicznym stwierdzono atroficzny naskórek ze złogami pigmentu w skórze właściwej oraz niewielki naciek zapalny wokół naczyń spłotu powierzchniowego i obrzęk ze złogami mucyny w skórze właściwej. Na podstawie obrazu klinicznego i badania histopatologicznego rozpoznano REM. Z uwagi na niewielkie nasilenie zmian skórnych oraz brak dolegliwości subiektywnych, a także informację w piśmiennictwie o samoistnym ustępowaniu zmian, odstąpiono od włączenia leczenia systemowego. W razie nasilenia zmian skórnych do rozważenia terapia lekami przeciwmalarycznymi.

**Wnioski:** Prezentowany przypadek ilustruje rzadką chorobę skóry, którą należy uwzględnić w diagnostyce różnicowej powszechnie występujących schorzeń dermatologicznych, takich jak łupież psty, toczeń rumieniowaty, wielopostaciowe osutki świetlne, osutki polekowe, łojotokowe zapalenie skóry i łuszczyca.

## ŚWIERZB HIPERKERATOTYCZNY U 5-LETNIEGO CHŁOPCA OBCIĄŻONEGO ZESPOŁEM DOWNA

Katarzyna Czajkowska, Aleksandra Wilkowska, Roman J. Nowicki, Małgorzata Sokołowska-Wojdyło

*Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk*

**Wstęp:** Świerzb hiperkeratotyczny, dawniej nazywany norweskim, jest masywną infestacją świerzbowcem ludzkim wywołaną niezdolnością organizmu gospodarza do kontrolowania proliferacji roztoczy. Ryzyko wystąpienia jest większe u pacjentów z niedoborami odporności, obciążonych cukrzycą, niedożywieniem, leczonych glikokortykosteroidami. Udowodniono również częstsze występowanie świerzbu hiperkeratotycznego u pacjentów z trisomią 21 ale dokładna przyczyna tego związku nie została wyjaśniona. Być może znacznie odgrywa tu zaburzenie funkcji poznawczych, które skutkuje zmniejszoną zdolnością interpretowania świadku jako objawu choroby, bądź też w tej grupie pacjentów występują specyficzne nieprawidłowości funkcjonowania układu odpornościowego predysponujące do rozwoju opisywanej choroby.

**Cel pracy:** Celem opisu przypadku jest zaprezentowanie obrazu klinicznego oraz dermoskopowego zmian w przebiegu świerzbu hiperkeratotycznego, a także możliwych czynników predysponujących do wystąpienia tego schorzenia.

**Opis przypadku:** Prezentujemy przypadek 5-letniego chłopca obciążonego zespołem Downa, hospitalizowanego z powodu nasilonych zmian skórnych o charakterze hiperkeratotycznych blaszek dłoni i stóp oraz zmian rumieniowo-grudkowych skóry tułowia i kończyn z towarzyszącym świądem. Wywiad zmian około 3-letni. Matka dziecka podała zbieżność czasową wystąpienia hiperkeratozy dłoni i stóp z diagnozą i leczeniem świerzbu (wówczas chłopiec leczony nieskutecznie maścią siarkową), opisywane zmiany skórne leczone były preparatami z mocznikiem oraz miejscowymi glikokortykosteroidami. Podczas hospitalizacji u dziecka, w badaniu wideodermoskopowym, uwidoczniono liczne świerzbowce ludzkie.

**Wnioski:** Świerzb hiperkeratotyczny jest schorzeniem rzadkim, w diagnostyce różnicowej należy uwzględnić m.in. łuszczycę, wyprysk, rogowiec dłoni i stóp. Dermoskopia jest pomocnym narzędziem umożliwiającym uwidocznienie świerzbowców ludzkich, co pozwala postawić pewną diagnozę i włączyć skuteczne leczenie.

## PRZYPADEK KIŁY II OKRESU U 16-LETNIEGO PACJENTA

Adriana Grochowska, Urszula Skiepmo, Agnieszka Beata Serwin, Małgorzata Janczyło-Jankowska, Iwona Flisiak

*Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

**Wstęp:** Zapadalność na kiłę w Europie i innych krajach rozwiniętych systematycznie wzrasta, a większość nowych przypadków choroby stanowią mężczyźni, głównie orientacji homoseksualnej.

**Cel pracy:** Prezentacja przypadku kiły drugiego okresu u 16-letniego pacjenta.

**Opis przypadku:** 16-letni pacjent został przyjęty do Kliniki Dermatologii w kwietniu 2019 roku z powodu łysienia utrzymującego się od około 3 miesięcy. W wywiadzie osutka plamista od grudnia 2018 roku kilka tygodni przed hospitalizacją wystąpił ból gardła. Pacjent podawał kontakty seksualne (około 10) z przygodnymi partnerami poznanymi przez portal randkowy dla homoseksualistów, bez zabezpieczenia, od czasu inicjacji seksualnej w 15. roku życia. Przy przyjęciu obserwowano ogniska łysienia kiłowego, zaczerwienioną błonę śluzową gardła i łuków podniebienneo-gardłowych oraz powiększone, niebolesne węzły chłonne pachwinowe. W wykonanych badaniach obserwowano dodatnie odzyny kiłowe [VDRL 1/64; FTA 1/36000; FTA-ABS (++++); TPHA 1/20480], innych zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym HIV, nie wykryto. Rozpoznano kiłę drugiego okresu. W leczeniu zastosowano jednorazową dawkę 2,4 mln.j. penicyliny benzatynowej. Pacjent pozostaje pod dalszą kontrolą, 3 miesiące po leczeniu obserwowano częściowy odrost włosów oraz wyniki: VDRL 1/32; FTA 1/108000; FTA-ABS (++++); TPHA 1/5120.

**Wnioski:** Objawy, takie jak łysienie, powinny wzbudzać czujność i skłonić do szczegółowego zebrania wywiadu oraz dokładnego badania lekarskiego. Mężczyźni, szczególnie orientacji homoseksualnej, odgrywają obecnie istotną rolę w epidemiologii kiły, także w Polsce. Utrzymują często przygodne i anonimowe kontakty seksualne z licznymi partnerami, nie stosując zabezpieczeń.

## ZESPÓŁ SAPHO

Zofia Polakowska, Magdalena Boer, Romuald Maleszka

*Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie*

**Wstęp:** Zespół SAPHO jest rzadką seronegatywną spondyloartropatią, w przebiegu której zapalenie kości i stawów współwystępuje z charakterystycznymi zmianami skórnymi. Patogeneza zespołu SAPHO pozostaje nieznana. Do objawów klinicznych zespołu SAPHO należą między innymi ból kręgosłupa lub stawów krzyżowo-biodrowych o charakterze zapalnym, asymetryczny ból i obrzęk stawów obwodowych, krostkowica na dłoniach i podeszwach lub trądzik twarzy i tułowia.

**Cel pracy:** Prezentacja rzadkiego przypadku zespołu SAPHO

**Opis przypadku:** W pracy zaprezentowano przypadek 14-letniego chłopca, leczonego w Klinice Chorób Skórnych i Wenerycznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu zmian skórnych o charakterze trądziku piorunującego. Nasilone zmiany zapalne pod postacią krost, guzków, torbieli, cyst i ropni z tendencją do masywnego bliznowacenia w obrębie skóry twarzy, górnej części klatki piersiowej, ramion i pleców pojawiły się po rozpoczęciu stosowania doustnej izotretynoiny. Zmianom skórnym towarzyszył stan podgorączkowy, oraz bolesność stawów kolanowych i stawów krzyżowo-biodrowych, utrudniająca poruszanie się. Z uwagi na zmiany stawowe, pacjenta konsultowano reumatologicznie, rozpoznając młodzieńczą postać zespołu SAPHO. W leczeniu zastosowano systemowe glikokortykosteroidy, antybiotykoterapię oraz utrzymano izotretynoinę. Po uzyskaniu znacznej poprawy w zakresie stawów i zmian skórnych, kontynuowano leczenie metotreksatem z dobrą odpowiedzią kliniczną.

**Wnioski:** Leczenie zespołu SAPHO stanowi wyzwanie terapeutyczne dla dermatologów i reumatologów z uwagi na ostry i nieprzewidywalny przebieg choroby oraz tendencję do pozostawiania trwałych zmian na skórze pod postacią blizn na twarzy i tułowiu, a także powikłań w obrębie stawów. Leczenie skojarzone izotretynoina, antybiotykoterapią oraz stosowanie ogólnej immunosupresji stanowi skuteczną opcję terapeutyczną.

## SARKOIDOZA SKÓRY INDUKOWANA PRZEZ ZABIEGI UPIĘKSZAJĄCE — OPIS DWÓCH PRZYPADKÓW

Katarzyna Kałuc-Zioło, Magdalena Kiedrowicz, Romuald Maleszka

*Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie*

**Wstęp:** Zażycie skóry w przebiegu sarkoidozy jest częste i może przybierać różnorodne formy kliniczne. Do rozwoju zmian może dochodzić

w istniejących bliznach po urazach mechanicznych oraz w miejscach tatuaży. Istnieją również doniesienia o rozwoju ziarnianiaków sarkoidalnych indukowanych przez zabiegi medycyny estetycznej.

**Cel pracy:** Prezentacja przypadków sarkoidozy skóry indukowanej przez zabiegi upiększające.

**Opis przypadków:** W pracy zaprezentowano 2 przypadki pacjentek leczonych w Klinice Chorób Skórnych i Wenerycznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu sarkoidozy skóry. Pierwsza z pacjentek diagnozowana była z powodu zmian o charakterze zgrupowanych grudek na policzku prawym w miejscu dawnej blizny pourazowej. Blizna kilka tygodni przed wystąpieniem zmian poddawana była leczeniu iniekcjami osocza bogatopłytkowego. Pacjentka obserwowwała wystąpienie podobnych zmian w miejscach wykonanego w przeszłości makijażu permanentnego i tatuaży. Druga z pacjentek leczona była z powodu rumienia guzowatego z towarzyszącym zapaleniem stawów. W badaniu przedmiotowym, poza guzami zapalnymi na wyprostnej powierzchni podudzi i obrzękiem stawów skokowych obserwowano zmiany naciekowe w obrębie łuków brwiowych, utrzymujących się od około 2 lat, które wystąpiły po wykonaniu makijażu permanentnego brwi. W obu przypadkach badanie histopatologiczne ze zmian skórnych wykazało obecność ziarnianiaków sarkoidalnych. Badania obrazowe potwierdziły rozpoznanie sarkoidozy płucnej, nie wymagającej leczenia farmakologicznego z uwagi na stopień zaawansowania klinicznego i brak objawów podmiotowych. W leczeniu zastosowano miejscowe preparaty glikokortykosteroidowe, uzyskując ustąpienie lub znaczną redukcję zmian skórnych.

**Wnioski:** Zabiegi kosmetyczne i medycyny estetycznej mogą indukować rozwój sarkoidozy skóry. Przy planowaniu zabiegów należy brać pod uwagę możliwość wystąpienia takiego powikłania, szczególnie u osób z osobniczym i rodzinnym wywiadem w kierunku sarkoidozy narządowej.

## WIELOGNISKOWY PILOLEIOMYOMA — OPIS PRZYPADKU

Kamila Poborca, Magdalena Kiedrowicz, Romuald Maleszka

*Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie*

**Wstęp:** Skórny *piloileiomyoma* jest rzadkim nowotworem łagodnym skóry wywodzącym się z mięśni przywłosnych umocowanych do podstawy mieszka włosowego. Nowotwór może być pojedynczy lub mnogi, pojedyncze zmiany są częste w okolicy narządów płciowych. Mnogie *piloileiomyoma* są rzadkie i może towarzyszyć im ból po ekspozycji na zimno lub czynnik emocjonalny. Pojedyncze *piloileiomyoma* usuwane są chirurgicznie lub laserem CO<sub>2</sub>, w przypadku zmian mnogich leczenie jest mniej skuteczne, często też obserwowane są nawroty.

**Cel pracy:** Prezentacja opcji terapeutycznych mnogich *piloileiomyoma*.

**Opis przypadku:** W pracy zaprezentowano przypadek 20-letniej pacjentki leczonej w Klinice Chorób Skórnych i Wenerycznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu utrzymujących się od kilku lat zgrupowanych grudek i guzków koloru czerwono-brązowego zlokalizowanych na plecach, układających się wzdłuż przebiegu dermatomów. Zmianom skórnym towarzyszyły znaczne dolegliwości bólowe nasilające się głównie pod wpływem niskiej temperatury. W badaniu histopatologicznym obserwowano utkanie skóry z rozrostem mięśni gładkich (desmina+, aktyna+, CD10-), potwierdzono rozpoznanie mnogich *piloileiomyoma*. U pacjentki zastosowano terapię ogólną amlodypiną uzupełnioną, po uzyskaniu częściowej regresji zmian i ustąpieniu dolegliwości bólowych, laseroterapię zmian skórnych.

**Wnioski:** Leczenie mnogich *piloileiomyoma* stanowi wyzwanie terapeutyczne z uwagi na brak możliwości przeprowadzenia zabiegu radykalnego usunięcia zmian. Leczenie skojarzone blokerem kanału wapniowego i laserem CO<sub>2</sub> może stanowić w tych przypadkach skuteczną opcję terapeutyczną.

## PĘCZERZYCA BUJAJĄCA — OPIS PRZYPADKU

Ewelina Woźniak, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Waldemar Placek

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

Pęcherzyca bujająca jest rzadką odmianą pęcherzyca zwykłej. Stanowi 1–2% wszystkich przypadków pęcherzyca. Wyróżnia się dwie odmiany Neumanna oraz Hallopeau. Różnorodność obrazu klinicznego może

utrudniać diagnostykę i wczesne rozpoczęcie leczenia. Opis przypadku dotyczy 46-letniej pacjentki ze zmianami o charakterze zlewających się, brodawkujących grudek i guzków na błonie śluzowej obu policzków z towarzyszącymi pęknięciami oraz nadżerkami czerwieni wargowej. Pobrano biopsje ze śluzówki jamy ustnej celem oceny histopatologicznej i immunopatologicznej. W badaniu immunofluorescencji bezpośredniej (DIF, *direct immunofluorescence*) stwierdzono złożki IgG i C3c w przestrzeniach międzykomórkowych. W surowicy krwi stwierdzono przeciwciała *pemphigus* w mianie 1:1280. Test immunofluorescencji pośredniej z wykorzystaniem wyizolowanych antygenów potwierdził obecność przeciwciał przeciw desmogleinie 3. Rozpoczęto leczenie immunosupresyjne prednizonem i azatiopryną. Zmienny obraz kliniczny choroby pod postacią zmian brodawkujących, bujających czy krostkowych może kierować diagnostykę w kierunku wyłącznie badania histopatologicznego, natomiast podstawą rozpoznania jest diagnostyka immunopatologiczna. Nieleczona pęcherzyca zwykła, w tym pęcherzyca bujająca, może zakończyć się śmiercią w ciągu 5 lat najczęściej z powodu powikłań pod postacią wtórnego zakażenia czy niedożywienia. Wczesne rozpoznanie i właściwe leczenie tej choroby pozytywnie wpływają na redukcję śmiertelności.

### ZMIANA RUMIENIOWO-NACIEKOWA NA TWARZY — OPIS PRZYPADKU, TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE I LECZNICZE

Anna Kruszewska, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Waldemar Placek  
Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej w Olsztynie

Zmiana o charakterze rumieniowo-naciekowym na twarzy u młodego pacjenta z wywiadem trądziku pospolitego oraz jednoczasową obecnością zaskórników, grudek zapalnych i krostek zazwyczaj nie sprawia trudności diagnostycznych czy leczniczych — jest rozpoznawana jako zmiana zapalna w przebiegu dermatozy podstawowej i z sukcesem leczona dostępnymi preparatami miejscowymi i ogólnymi. Przedstawiamy przypadek 17-letniego pacjenta, który leczony był przewlekłe z powodu zmian skórnych typowych dla trądziku między innymi tetracyklinami oraz izotretynoiną. Uzyskano poprawę w zakresie większości zmian trądzikowych poza jednym ogniskiem rumieniowo-naciekowym zlokalizowanym na policzku prawym. Badanie histopatologiczne zmiany wykazało obraz mogący odpowiadać przewlekłej skórnej postaci tocznia rumieniowatego. W przypadku zmian przypominających guzkowo-torbielową postać trądziku, które nie reagują na leczenie przeciwtrądzikowe, należy wziąć pod uwagę inne możliwe rozpoznania. W przedstawianej pracy chcielibyśmy omówić trudności diagnostyczne i lecznicze pojedynczych zmian rumieniowo-obrzękowych na twarzy.

### CHOROBA RENDU-OSLERA-WEBERA — PRZEDSTAWIENIE PRZYPADKU I PRZEGLĄD LITERATURY

Mariola Grzeszczuk, Agnieszka Żebrowska  
Klinika Dermatologii i Wenerologii w Łodzi

**Wstęp:** Choroba Rendu-Oslera-Webera to schorzenie uwarunkowane genetycznie o dziedziczeniu autosomalnym dominującym. Charakterystyczna jest obecność teleangiektazji i malformacji tętniczo-żylnych. Typowe są krwawienia z błon śluzowych, skóry oraz narządów wewnętrznych. Poniżej przedstawiamy przypadek kobiety, u której podejrzewamy wrodzoną naczyńniakowatość krwotoczną.

**Cel pracy:** Przypadek prezentujemy ze względu na rzadkie występowanie opisywanego schorzenia.

**Opis przypadku:** Pacjentka, lat 70, została przyjęta do Kliniki Dermatologii i Wenerologii w Łodzi z powodu drobnych owrzodzeń na podudziu prawym. Pierwsze zmiany pojawiły się w listopadzie 2018 roku bez uchwytnej przyczyny. Po zastosowanym wówczas leczeniu owrzodzenia się wygoiły a następnie nawróciły w lutym 2019 roku. W wywiadzie zapalenie błony śluzowej żołądka, żyłki kończyn dolnych oraz występujące w przeszłości krwawienia z nosa. Wywiad rodzinny nieistotny. W badaniu dermatologicznym drobne owrzodzenia i nadżerki na podudziu prawym. Na kończynach górnych, twarzy, czerwieni wargowej i śluzówce jamy ustnej wybroczyny. W badaniach laboratoryjnych podwyższone CRP oraz D-dimery. Zastosowano sulfamatoksazol z trimetoprimem, leki

naczyńniowe, steroidoterapię i leczenie miejscowe, uzyskując poprawę stanu klinicznego owrzodzeń. Wciąż utrzymywały się wybroczyny.

**Wnioski:** Rozpoznanie choroby Rendu-Oslera-Webera stawiamy na podstawie kryteriów Curacao, do których należą obecność spontanicznych, nawracających krwawień z nosa, teleangiektazji na błonie śluzowej i na skórze, zmian w narządach trzewnych i występowanie u krewnych pierwszego stopnia. Za pewnym rozpoznaniem przemawia obecność 3 kryteriów, za prawdopodobnym — 2, natomiast mało prawdopodobne jest w przypadku spełnienia tylko 1 kryterium. U naszej pacjentki stwierdzono 2 z 4 kryteriów. Chorą przekierowano do Poradni Hematologicznej. Obecnie oczekuje na wykonanie badań genetycznych w celu potwierdzenia rozpoznania.

### PSEUDOXANTHOMA ELASTICUM U 61-LETNIEJ PACJENTKI

Dorota Raczkiewicz  
Zakład Demografii, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

*Pseudoxanthoma elasticum* (PXE) to dziedziczna autosomalnie recesywnie choroba genetyczna, u podstaw której leżą nieprawidłowości w budowie włókien elastynowych. Włókna te są zniekształcone, zlepione i tracą swe fizyczne właściwości. Zaburzenie to dotyczy wielu narządów min. skóry, układu wzroku, czy sercowo-naczyńniowego; w tych lokalizacjach dochodzi do powstawania wynaczyńień i uszkodzeń. W obrębie skóry okolic szyi i fałdów obserwuje się typowe żółtawo zabarwione grudki, skupiające się ze sobą na wzór skóry kurczaka czy brukowanej drogi. PXE jest chorobą interdyscyplinarną gdzie zaburzenia skórne nie są priorytetowymi, ale to właśnie obraz kliniczny nasuwa postawienie diagnozy i wdrożenie odpowiedniego leczenia w zakresie innych specjalności medycznych. Przedstawiam przypadek 62-letniej pacjentki ze świeżo rozpoznaną PXE z nasilonymi objawami skórnymi i zaawansowanymi zmianami ocznymi o typie zwyrodnienia plamki żółtej.

### CZERNIAK GUZKOWY KLINICZNIE AMELANOTYCZNY IMITUJĄCY ROGOWIAKA KOLCZYSTOKOMÓRKOWEGO

Aleksandra Stefaniak, Iwona Chlebicka, Jacek C. Szepietowski  
Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii we Wrocławiu

**Wstęp:** Czerniak guzkowy (NM, *nodular melanoma*) stanowi 10–15% wszystkich czerniaków skóry. Najczęściej lokalizuje się w miejscach bezpośrednio narażonych na promieniowanie słoneczne. Opisany jest głównie jako szybko rosnący, agresywny guz z niebieską bądź czarną pigmentacją. W literaturze opisywane są także przypadki czerniaka z niewielką pigmentacją bądź jej brakiem. Rak kolczystokomórkowy czy rak podstawnokomórkowy mogą być klinicznie mylone z NM. Mimo bardzo charakterystycznego obrazu klinicznego rogowiaka kolczystokomórkowego nowotwór ten również może być pomyłony z najbardziej złośliwym z nowotworów skóry.

**Cel pracy:** W pracy został zaprezentowany opis przypadku czerniaka guzkowego klinicznie imitującego rogowiaka kolczystokomórkowego. Ze względu na ryzyko klinicznej pomyłki z czerniakiem złośliwym u pacjentów należy rozważyć leczenie chirurgiczne z badaniem histologicznym jako standard postępowania z bardzo szybko rosnącym i krwawiącym guzem.

**Opis przypadku:** 89-letnia pacjentka została przyjęta na oddział chirurgii dermatologicznej celem chirurgicznego usunięcia guza skóry policzka lewego z podejrzeniem rogowiaka kolczystokomórkowego. Niebolesny guz pojawił się przed trzema miesiącami. W historii pacjentka nie podawała urazu, wcześniejszego znamienia w tej okolicy ani towarzyszącego świądu. W badaniu fizykalnym pojedynczy, dobrze odgraniczony, zaczerwieniony guz o średnicy około 20 mm. W części środkowej guza kraterowate zagłębienie wypełnione masami rogowymi. Guz wycięto w całości z marginesem zdrowych tkanek.

**Wyniki:** Wynik badania histopatologicznego wykazał utkanie czerniaka guzkowego, Breslow 5 mm, Clark IV, o ekspresji Ki67 w *hot spots* do 80%. Badanie potwierdziło usunięcie zmiany w całości.

**Wnioski:** Diagnostyka czerniaka guzkowego może być bardzo utrudniona przez brak pigmentacji zmian. Należy zachować szczególną uważność w przypadkach szybko rozwijających się guzów, szczególnie u osób starszych.

## CHOROBA BOWENA APARATU PAZNOKCIOWEGO

Magdalena Raszewska-Famielec<sup>1,2</sup>, Adam Borzęcki<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NZO Med-Laser w Lublinie

<sup>2</sup>Zakład Biomedycznych Podstaw Nauk o Zdrowiu, Akademia Wychowania Fizycznego w Białej Podlaskiej

**Wstęp:** Choroba Bowena aparatu paznokciowego stanowi rzadko spotykaną klinicznie manifestację raka kolczystokomórkowego *in situ*. Największe znaczenie w patogenie choroby odgrywa promieniowanie jonizujące, przewlekły uraz oraz infekcja HPV. Wśród objawów klinicznych dominuje hiperkeratoza z towarzyszącym ciemnym zabarwieniem oraz odwarstwienie płytki paznokcia. Zmiany często są mylone z innymi jednostkami chorobowymi, co stanowi jedną z głównych przyczyn opóźnienia rozpoznania.

**Cel pracy:** Celem pracy jest przedstawienie przypadku choroby Bowena aparatu paznokciowego, omówienie obrazu klinicznego oraz dostępnych metod terapeutycznych.

**Opis przypadku:** Opisujemy przypadek 47-letniej pacjentki z wieloletnim wywiadem hiperkeratozy płytki paznokciowej trzeciego palca ręki lewej leczonej preparatami przeciwgrzybiczymi oraz krioterapią, bez efektów terapeutycznych. Dystrofii płytki towarzyszył rumień oraz hiperpigmentacja okolicy okołopaznokciowej. Badaniem histopatologicznym potwierdzono chorobę Bowena. Podjęto próbę leczenia laserem CO<sub>2</sub> oraz lampą fotodynamiczną. Z powodu nawrotu choroby zmianę usunięto chirurgicznie.

**Wnioski:** Choroba Bowena aparatu paznokciowego jest rzadko spotykana. Największy problem stanowi opóźnienie rozpoznania ze względu na kliniczne podobieństwo do brodawki wirusowej lub infekcji grzybiczej. Z tego powodu długo utrzymujące się zmiany, nie reagujące na zastosowane leczenie powinny być poddane biopsji oraz badaniu histopatologicznemu celem wykluczenia tej jednostki chorobowej.

## HISTORIA RZADKIEJ CHOROBY U DZIECKA BUDZĄCEJ NIEPOKÓJ NIE TYLKO RODZICÓW

Julia Seniuta<sup>1,2</sup>, Leszek Szenborn<sup>2</sup>, Zofia Szymańska-Toczek<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii we Wrocławiu

<sup>2</sup>Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych we Wrocławiu

**Wstęp:** Zakażenia wirusowe są częstą przyczyną zmian skórnych, zwłaszcza uogólnionych osutek w populacji dziecięcej. Mogą jednak być również przyczyną rzadkich, ale budzących niepokój zmian w postaci wolno gojących się owrzodzeń, występujących także wśród dzieci.

**Cel pracy:** jest przybliżenie symptomatologii rzadkiej zoonozy, której dotychczas opisano zaledwie kilkadziesiąt przypadków.

**Opis przypadku:** 9-letni chłopiec zgłosił się z powodu niegojącego się owrzodzenia na twarzy z towarzyszącym nasilonym stanem zapalnym i dużym odczynem węzłowym. Z wywiadu ustalono, że 3 tygodnie wcześniej miał kontakt z młodym chorym kotem, ale zaprzeczał pogryzieniu lub podrapaniu przez zwierzę. Po tygodniu od kontaktu na lewym policz-

ku pojawił się pęcherzyk wypełniony surowiczym płynem, a następnie centralnie pojawiło się niewielkie owrzodzenie. W leczeniu stosowano miejscowe i ogólne preparaty przeciwbakteryjne bez poprawy stanu klinicznego. W diagnostyce różnicowej uwzględniono bartonellozę oraz tak zwaną kocią ospę. Pobrano wymaz ze zmiany i wykonano badanie metodą PCR w kierunku CPXV, stwierdzając obecność genu specyficznego dla rodzaju *ortopoxvirus*. W leczeniu zastosowano doksycylinę, uzyskując zmniejszenie bolesnego nacieku zapalnego i zmniejszenie podżuchwowych węzłów chłonnych. Po 3 miesiącach owrzodzenie na twarzy chłopca zagoiło się, pozostawiając hipertroficzną bliznę.

**Wnioski:** W różnicowaniu przewlekających, opornych na leczenie przeciwdrobnoustrojowe owrzodzeń skóry z towarzyszącą limfadenopatią należy uwzględniać również rzadkie choroby jak zakażenie wirusem ospy kocięj. Ustalenie rozpoznania ma znaczenie dla zaniechania niewłaściwego leczenia oraz poinformowania pacjenta o możliwości inokulacji oraz wielotygodniowym gojeniu zmian skórnych.

## PACJENTKA Z CIĘŻKĄ ŁUSZCZYCĄ PLACKOWATĄ, ŁUSZCZYCOWYM ZAPALENIEM STAWÓW I SCHIZOFRENIĄ PARANOIDALNĄ — TRUDNOŚCI TERAPEUTYCZNE

Marta Rusek

Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej w Lublinie

**Wstęp:** Leczenie biologiczne ciężkich postaci łuszczy i łuszczykowego zapalenia stawów zrewolucjonizowało podejście terapeutyczne w tych jednostkach chorobowych.

**Cel pracy:** Przypadek przedstawiamy z uwagi na dodatkowe trudności związane z współchorobowością psychiatryczną u chorej oraz coraz częściej obserwowane w praktyce klinicznej zjawisko utraty odpowiedzi terapeutycznej podczas terapii lekami biologicznymi.

**Opis przypadku:** 44-letnia chora z wieloletnim wywiadem ciężkiej łuszczy plackowatej oraz łuszczykowego zapalenia stawów (postacią obwodową oraz osiową). Pacjentka dodatkowo z diagnozą schizofrenii paranoidalnej, leczona stale lekami przeciwpsychotycznymi. Stosowane terapie ogólne (cyklosporyna A oraz metotreksat) okazały się nieskuteczne, dlatego chorą zakwalifikowano do Programu Lekowego Narodowego Funduszu Zdrowia na leczenie ustekinumabem. Pierwszy cykl terapeutyczny pacjentka tolerowała dobrze, osiągnięto wówczas adekwatną poprawę zmian skórnych. Podczas drugiego cyklu leczenia, z uwagi na zaostrzenie objawów psychotycznych, pacjentkę hospitalizowano na Oddziale Psychiatrycznym, co związane było z przerwaniem terapii. Podczas ponownej próby włączenia leku nie obserwowano poprawy. Aktualnie chora przyjmuje adalimumab w połączeniu z metotrekstatem z dobrą odpowiedzią w zakresie zmian skórnych oraz stawowych. **Wnioski:** Dobrostan chorych na przewlekłe choroby zapalne medowane immunologicznie zależy od zastosowania odpowiedniej terapii, którą często jest terapia biologiczna. Współwystępujące zaburzenia psychiczne często utrudniają współpracę z chorym stanowiąc dodatkowe wyzwanie w leczeniu pacjentów, szczególnie w przypadkach przewlekłych chorób skóry.

# PREZENTACJA PRZYPADKÓW V

## DEFORMACJA KLATKI PIERSIOWEJ SPOWODOWANA WSTRZYKNIĘCIEM PREPARATU TESTOSTERONU NIEWIADOMEGO POCHODZENIA

Katarzyna Czajkowska, Martyna Sławińska, Roman J. Nowicki, Małgorzata Sokołowska-Wojdyło

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii w Gdańsku

**Wstęp:** Modyfikacje ciała przeprowadzane poprzez wstrzykiwanie różnorodnych substancji do tkanek ciała spotykane są między innymi w środowisku kulturystów.

**Cel pracy:** Celem opisu przypadku jest przedstawienie następstw modyfikacji ciała pod postacią wielokrotnych wstrzyknięć niezidentyfikowanego oleistego materiału do mięśni i tkanek klatki piersiowej.

**Opis przypadku:** Prezentujemy przypadek 34-letniego mężczyzny hospitalizowanego z powodu stanu zapalnego, deformacji tkanek klatki piersiowej spowodowanej wstrzyknięciem preparatu z testosteronem niewiadomego pochodzenia. Objawy od około 5 lat. Pacjent przyszedł się do wstrzykiwania przez kilka miesięcy (lat?) niezidentyfikowanego preparatu sterydowego (zakupionego w internecie — ampułki z zawartością oleistą) do mięśni i tkanek klatki piersiowej. Od tego czasu nawracający stan zapalny tej okolicy. Po dwóch zabiegach operacyjnych

usuwających nacieczone tkanki lewej i prawej strony klatki piersiowej uzyskano poprawę stanu miejscowego. Kolejna zaplanowana operacja części centralnej klatki piersiowej nie odbyła się, ponieważ nawrócił masywny, bolesny, utrudniający unoszenie kończyn górnych naciek, deformujący klatkę piersiową. Chory wymagał włączenia leczenia ogólnego glikokortykosteroidami oraz antybiotykoterapii. Wykonano również badania obrazowe celem oceny rozległości nacieku, możliwości kontynuacji leczenia chirurgicznego.

**Wnioski:** Nietypowy problem kliniczny opisywanego przypadku wymaga wnikliwego rozważenia możliwości terapeutycznych.

## GUZ APARATU PAZNOKCIOWEGO — DIAGNOSTYKA I RÓZNICOWANIE NA PODSTAWIE OPISU PRZYPADKU

Małgorzata Orylska, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Waldemar Placek

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii w Olsztynie

Zmiany guzkowe aparatu paznokciowego często sprawiają trudności diagnostyczne w praktyce dermatologicznej. Podobny obraz kliniczny zarówno zmian łagodnych jak i złośliwych może prowadzić do postawienia niewłaściwej diagnozy i opóźnienia włączenia skutecznego leczenia. Rak kolczystokomórkowy aparatu paznokciowego, w terminologii angielskiej określanej jako *the great mimicker nail tumor*, jest zmianą, która niewątpliwie sprawia trudności diagnostyczne. Klinicznie obraz może odpowiadać grzybicy paznokci, zanokcicy, ziarniniakowi ropotwórczemu, brodawce podpaznokciowej, przewlekłemu zapaleniu kości, keratoacanthoma, znamieniu barwnikowemu, a nawet czerniakowi. Na przykładzie 64-letniej pacjentki przedstawiono proces diagnostyczny prowadzący do rozpoznania raka kolczystokomórkowego łożyska paznokcia kciuka lewego. Pełna dokumentacja fotograficzna oraz szczegółowy wywiad wskazują istotne czynniki ryzyka. Przegląd diagnostyki różnicowej pozwala na poszerzenie wiedzy na temat innych zmian guzkowych aparatu paznokciowego, które często są przyczyną dolegliwości bólowe oraz znacznego dyskomfortu pacjentów.

## ANALIZA SKUTKÓW UBOCZNYCH PRZY STOSOWANIU LAKIERU HYBRYDOWEGO

Justyna Putek, Tomasz Przybyła, Aleksandra Batycka-Baran

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

**Wstęp:** Lakier hybrydowy stał się bardzo popularną formą manicure'u, ze względu na jego wygodę i długotrwałość. Niestety, może on także prowadzić do wielu skutków ubocznych, jak podrażnienie czy kontaktowe zapalenie skóry.

**Cel pracy:** Celem badania było ustalenie częstości i typu skutków ubocznych w grupie 2118 kobiet.

**Materiał i metody:** 2118 kobiet w wieku od 12 do 60 lat wypełniło autorsko skonstruowany kwestionariusz internetowy. Pytania dotyczyły skutków ubocznych, które pojawiły się podczas wykonywania manicure'u, podczas jego posiadania i po jego usunięciu. Kobiety zostały także zapytane, jak często wykonują manicure hybrydowy i czy jest on wykonywany przez profesjonalistę.

**Wyniki:** 84,51% kobiet zadeklarowało, że pojawiły się jakiegokolwiek objawy uboczne. Większość kobiet (48,58%) nie zauważyła żadnych objawów podczas wykonywania manicure'u, jednak 39,61% kobiet wyczuwało lekkie pieczenie. Mocniejsze pieczenie, ból, opuchlizna i pęcherze także zostały zgłoszone przez niektóre kobiety. Noszenie manicure spowodowało zaczerwienienie wałów paznokciowych (9,84%), swędzenie palców (9,92%), pęcherze na dłoniach (8,63%), wysypkę na ramionach i na całym ciele oraz keratozę podpaznokciową. Po usunięciu produktu 30,26% pytanych zaobserwowało zmniejszenie grubości paznokcia, 24,75% rozdzwajanie się paznokci, 8,53% białe plamki na paznokciach. Opuchlizna dłoni, hyperkeratoza i bruzdy paznokciowe także się pojawiły.

**Wnioski:** Bazując na naszych wynikach, możemy wywnioskować, że pomimo skutków ubocznych, które niewątpliwie istnieją i są powodowane przez substancje zawarte w lakierze hybrydowym, większość kobiet nadal chce wybierać taką formę manicure'u.

## ARGYRIA W PRZEBIEGU SCHIZOFRENII PRZEWLEKŁEJ — OPIS PRZYPADKU

Adrianna Opalska-Tuszyńska<sup>1</sup>, Alina Wilkowska<sup>2</sup>, Joanna Czuwara<sup>3</sup>, Wioletta Barańska-Rybak<sup>1</sup>, Roman Janusz Nowicki<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

<sup>3</sup>Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

**Wstęp:** Srebrzyca (*argyria*) jest to niezwykle rzadkie schorzenie, które pojawia się na skutek przedłużonego dostarczania srebra w różnych postaciach do organizmu. Kliniczne objawy się jednolitą zmianą zabarwienia skóry na niebieskie/niebiesko-szare części ekspozycyjnych na promieniowanie słoneczne, błon śluzowych, włosów i paznokci. W pracy zaprezentujemy przypadek 55-letniego mężczyzny, który zgłosił się do kliniki z powodu niebieskoszarego zabarwienia twarzy i szyi w celu diagnostyki.

**Cel pracy:** Przybliżenie bardzo rzadko występującej w dzisiejszych czasach choroby jaką jest srebrzyca współistniejącej ze schizofrenią przewlekłą.

**Opis przypadku:** Do Kliniki Dermatologii zgłosił się 55-letni mężczyzna w celu diagnostyki melanodermii. Zmianę koloru skóry datuje na około 5 lat przed przyjęciem i wiąże jej występowanie z promieniowaniem jonizującym wysyłanym w jego opinii przez sąsiadów. W badaniu fizykalnym zwracało uwagę niebieskoszare zabarwienie skóry całego ciała z nasileniem w okolicy głowy i szyi. W toku przeprowadzonego badania pacjent przyznał, że od kilku lat spożywa roztwór bogaty w jony srebra, który uzyskiwał metodą domowej elektrolizy z metalowych prętów w celu leczenia brodawek wirusowych skóry. W pobranym wycinku z okolicy przedusznej prawej uwidoczono depozyty srebra w badanym bioptacie. W dermoskopii uwidoczono złogi srebra wokół mieszków włosowych. Na podstawie obrazu klinicznego i badań dodatkowych rozpoznano srebrzycę. W trakcie hospitalizacji w Klinice pacjent zdekompensował się psychicznie, wypowiadał liczne urojenia prześladowcze oraz groźby w kierunku personelu. Przymusowo hospitalizowany w Klinice Psychiatrii, gdzie rozpoznano zespół urojeniowy na podłożu schizofrenii przewlekłej.

**Wnioski:** Przy długotrwałym narażeniu na jony srebra może dojść do zajęcia nie tylko skóry, ale również organów wewnętrznych, między innymi ośrodkowego układu nerwowego. Zmiany najczęściej są nieodwracalne, a ich leczenie mało skuteczne.

## CENTRALNE ODŚRODKOWE ŁYSIENIE BLIZNOWACIEJĄCE — RZADKI PROBLEM DIAGNOSTYCZNY W POPULACJI POLSKIEJ

Agnieszka Szmurło<sup>1</sup>, Elżbieta Kowalska-Oleđzka<sup>2</sup>, Magdalena Kędzierska<sup>2</sup>, Ida Yurtsever<sup>1</sup>, Dagmara Filipiak<sup>1</sup>, Irena Walecka-Herniczek<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii, Centralny Szpital Kliniczny, MSWiA w Warszawie

<sup>2</sup>Klinika Dermatologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego / Centralny Szpital Kliniczny, MSWiA w Warszawie

Centralne odśrodkowe łysienie bliznowaciejące (CCCA, *Central centrifugal cicatricial alopecia*), najczęściej występuje wśród Afroamerykanek w 2.–3. dekadzie życia. Występują dwa typy łysienia CCCA — okolicy czołowej i wierzchołkowej owłosionej skóry głowy. Celem pracy jest zaprezentowanie obrazu klinicznego, trichoskopowego i histopatologicznego łysienia CCCA, które z powodu wzrostu imigracji może być częściej spotykane w Polsce i stanowić problem diagnostyczny. 44-letnia pacjentka z szerzącymi się w okolicy czołowej i ciemieniowej ogniskami łysienia z towarzyszącym świądem i pieczeniem od około 11 lat zgłosiła się do Poradni Dermatologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA. W badaniu trichoskopowym widoczne liczne puste mieszki włosowe, szaro-białe halo wokół mieszków włosowych, białe kropki pomiędzy mieszkami włosowymi, siatka barwnikowa o wyglądzie plastra miodu, ułamane włosy. W badaniu histopatologicznym stwierdzono: pojedyncze mieszki włosowe z widocznymi wokół delikatnymi pasmami włóknienia oraz rozproszonymi komórkami zapalnymi jednojądrowymi z pojedynczymi granulocytami obojętnochłonnymi, wnikającymi w teren nabłonka mieszków włosowych. Pacjentka była leczona miejscowo preparatami: klobetazolu i minoksydylu oraz ostrzyknięciami

preparatem metyloprednizolonu z poprawą. Centralne odśrodkowe łysienie bliznowaciejące powinno być różnicowane z łysieniem czołowym włókniejącym, w przebiegu liszaja płaskiego mieszkowego, androgenowym oraz z pociągania. Szybka diagnostyka CCCA umożliwiła skuteczne leczenie i powstrzymanie nieodwracalnej utraty włosów.

### TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE ZMIAN ODPODOBNYCH U PACJENTKI Z SLE I CHAD NA PODSTAWIE OPISU PRZYPADKU

Monika Matławska, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Waldemar Placek  
Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii  
Klinicznej w Olsztynie

Osutki plamisto-grudkowe, wraz z pokrzywkami, są najczęściej występującymi niepożądanymi reakcjami związanymi ze stosowaniem leków. W Europie mówi się o osutkach odropodobnych, różyczkopodobnych lub płonicopodobnych, ponieważ wyglądem przypominają wysypki pojawiające się w tych chorobach zakaźnych. Opis przypadku dotyczy 39-letniej pacjentki, która zgłosiła się do Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej Zespołowego Szpitala Miejskiego w Olsztynie w celu diagnostyki osutki plamisto-grudkowej na skórze całego ciała z nasileniem w obrębie skóry twarzy i szyi, gdzie zlewnym zmianom rumieniowym towarzyszyło dodatkowo złuszczenie na policzkach. Zmiany pojawiły się około 4 dni przed przyjęciem do kliniki. Od około 1 tygodnia przed hospitalizacją rozpoczęto leczenie lamotryginą, którą odstawiono w momencie pojawienia się osutki. W tym też okresie pacjentka zaczęła gorączkować do ok 39 stopni. W styczniu 2018 roku pacjentka była hospitalizowana w Klinice Dermatologii z powodu zaostżenia tocznia rumieniowatego układowego, na który choruje od około 20 lat. Ponadto w kwietniu 2018 roku rozpoznano u pacjentki chorobę afektywną dwubiegunową. Wcześniej leczona była przeciwdepresyjnie. W trakcie diagnostyki wykonano liczne badania laboratoryjne oraz obrazowe. Przeprowadzono konsultację pacjentki z lekarzem chorób zakaźnych: obraz kliniczny nie wyklucza zakażenia wirusem odry. Prezentujemy tor diagnostyczny oraz jednostki chorobowe brane pod uwagę podczas różnicowania klinicznego, między innymi osutkę polekową, odrę.

### ZIARNINIĄK GRZYBIASTY O CIĘŻKIM PRZEBIEGU

Karolina Górską, Małgorzata Sokołowska-Wojdyła  
Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

**Wstęp:** Chłoniaki pierwotnie skórne (PCL, *primary cutaneous lymphomas*) to grupa rzadkich rozrostów limfoproliferacyjnych o nie do końca poznanej patogenezie. Typową cechą PCL jest wyłączenie skóry w momencie rozpoznania. Najczęstszym pierwotnym nowotworem skóry z dojrzałymi komórkami T jest ziarniniak grzybiasty (MF, *mycosis fungoides*). Niemożliwe jest całkowite wyleczenie. Przebieg jest najczęściej powolny — niestety nie zawsze.

**Cel pracy:** Celem pracy jest przedstawienie młodego chorego cierpiącego na MF o ciężkim przebiegu.

**Opis przypadku:** Mężczyzna 37-letni zgłosił się do Kliniki Dermatologii 8 lat temu z powodu występujących od roku brunatno-czerwonych zmian naciekowych. W badaniu histo-patologicznym skóry potwierdzono MF. Dotychczas zastosowano wszystkie dostępne w przypadku MF terapie: interferonem alfa, metotreksatem, redaioterapię całej powierzchni skóry (TSEB), leczenie beksarotenem, gemcytabiną, radioterapię celowaną na zmiany skórne, allogeniczne przeszczepienie komórek macierzystych (allo-HSCT), fotoferezę pozaustrojową (ECP) oraz terapię brentuksymabem vedotin (BV, pomimo braku ekspresji CD30 w skórze). Okresowo podawano prednizon. Po allo-HSCT pacjent rozwinięciem ciężką twardzinopodobną postaci choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi, bielactwo, poważne infekcje, w tym *cytomegalii* (CMV) oraz sepsę o etiologii *Pseudomonas aeruginosa*. Stosowane leczenie tylko na początku choroby doprowadziło do krótkotrwałej poprawy (po TSEB — 5 miesięcy). Później osiągnęto tylko częściowe remisje. Od 4 miesięcy u pacjenta rozwijają się nowe wrzodziejące guzy — ostatnie w przewodzie słuchowym oraz w przedślonku nosa pomimo że pacjent przyjmuje metotreksat, beksaroten (od 3 lat), BV (VI cykli) i ucześnieza na

ECP. Z powodu ekspresji CD20 na limfocytach T hematodolozdy rozważają wdrożenie rytuksymabu.

**Wnioski:** Brak efektywności allo-HSCT zmusza do pytania o zasadność stosowania metody w MF. Nieskuteczność BV stoi w sprzeczności z pojedynczymi doniesieniami o efektywności tej terapii także w przypadku braku ekspresji CD30 w MF.

### TOCZEŃ RUMIENIOWATY NOWORODKÓW — OPIS PRZYPADKU

Anna Putynkowska, Maria Czubek  
Szpital COPERNICUS w Gdańsku

**Wstęp:** Toczeń rumieniowaty noworodków jest rzadką odmianą tocznia występującą wskutek biernego przechodzenia przez łożysko matki przeciwciał przeciwdrożdżycowych przeciwko rybonukleoproteinom Ro/SSA i La/SSB. Klinicznie jest to zespół zmian obejmujących skórę, serce oraz inne narządy. Skórne manifestacje mogą być obecne już przy narodzinach, ale częściej rozwijają się w ciągu pierwszych tygodni życia dziecka. Najczęściej obejmują one skórę gładką twarzy i owłosioną skórę głowy, mają tendencję do samoograniczania w ciągu kilku tygodni lub miesięcy i ustępują bez bliznowacenia.

**Cel pracy:** Przedstawienie przypadku tocznia rumieniowatego noworodków u 3-miesięcznej dziewczynki, u której rozpoznano początkowo atopowe zapalenie skóry.

**Opis przypadku:** Do Poradni Dermatologicznej Szpitala COPERNICUS zgłosiła się matka za swoją 3-miesięczną córeczką z powodu masywnych zmian skórnych w obrębie twarzy. Pierwsze zmiany skórne pojawiły się w 6. tygodniu życia dziecka. Początkowo dziecko było objęte opieką ambulatoryjną, gdzie wysunięto podejrzenie atopowego zapalenia skóry. Wskutek zastosowanego leczenia nie uzyskano poprawy, w związku z czym dziewczynkę skierowano na Oddział Pediatrii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, gdzie ponownie rozpoznano atopowe zapalenie skóry, a następnie na Oddział Dermatologii Kliniki Dermatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W toku dalszej diagnostyki u dziewczynki rozpoznano toczeń skóry noworodkowy i w wyniku zastosowanego leczenia miejscowego uzyskano całkowitą redukcję zmian skórnych.

**Wnioski:** Toczeń rumieniowaty noworodków to rzadka odmiana tocznia występująca u około 1–2% dzieci. Uważa się, że choroba ta ma łagodny przebieg i tendencję do samoustępowania, ale należy pamiętać o jej możliwych powikłaniach, dlatego niezbędne jest postawienie szybkiej diagnozy, wdrożenie odpowiedniego leczenia oraz dalsza diagnostyka, zwłaszcza w zakresie kardiologii dziecięcej, a także diagnostyka matki.

### ŚWIERZB NORWESKI U 82-LETNIEJ PACJENTKI — OPIS PRZYPADKU

Beata Wańczyk-Dręczewska, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Waldemar Placek

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

**Wstęp:** Świerzb jest dermatozą wywoływaną przez gatunek pasożytniczego roztocza *Sarcoptes scabiei*. Charakterystyczny obraz nie stwarza trudności diagnostycznych i terapeutycznych, jednak infestacja może także przebiegać atypowo. Świerzb norweski jest rzadką, lecz najcięższą i wysoce zakaźną odmianą choroby.

**Cel pracy:** Przedstawienie przypadku 82-letniej kobiety z masywnym zakażeniem świerzbem norweskim, która z powodu licznych obciążań i złego stanu ogólnego wymagała interdyscyplinarnego leczenia zarówno dermatologicznego jak i internistycznego.

**Opis przypadku:** 82-letnia kobieta została przekazana do Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii z Oddziału Chorób Wewnętrznych z powodu nasilonych zmian skórnych. W badaniu fizykalnym przy przyjęciu do Kliniki stwierdzono uogólnione zmiany o charakterze rumieniowo-grudkowym, z licznymi przeczosami. Ponadto obecne były nasilone zlewny zmiany w postaci hiperkeratocytycznych nawarstwień żółtoszarych mas, szczególnie na kończynach i na twarzy, w zakresie których widoczne były linijne głębokie pęknięcia z ropną wydzieliną. Pacjentka zgłaszała świąd i dolegliwości bólowe w okolicach zmian skórnych. W leczeniu zastosowano antybiotyk zgodnie z antybiogramem, beta-bloker,

pochoďną sulfanylomocznika, leki uspokajające, płyny dożylne oraz miejscowo: 10-procentową maść siarkowo-salicylową i maść Wilkinsona, obserwując znaczne pogorszenie stanu ogólnego z epizodami hipoglikemii i anurią. Pacjentka została przekazana ponownie na Oddział Chorób Wewnętrznych, gdzie osiągnięto wyrównanie stanu ogólnego pacjentki oraz ustąpienie zmian skórnych.

**Wnioski:** Świerzb norweski jest chorobą całkowicie uleczalną, jednak kluczowa jest umiejętność jej rozpoznania i odpowiedniego leczenia, co zapobiega dalszemu rozprzestrzenianiu choroby. Diagnostyka jest utrudniona z powodu niecharakterystycznego obrazu klinicznego.

### CHOROBY ZIARNINIAKOWE SKÓRY — WYZWANIE DIAGNOSTYCZNE NA PODSTAWIE OPISU PRZYPADKU

Anna Kisielnicka<sup>1</sup>, Aneta Szczerkowska-Dobosz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dermatologiczne Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

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

Choroby ziarniniakowe skóry są odrębnymi klinicznie i patogenezytycznie schorzeniami, których wspólną cechą jest obecność w skórze i tkance podskórnej ziarniniaków. Rozpoznanie polega na korelacji obrazu klinicznego i histopatologicznego. Ze względu na zbliżony obraz histopatologiczny dermatoz ziarniniakowych opieranie się jedynie o kryteria morfologiczne w ich diagnostyce niesie ryzyko pomyłek. Celem pracy jest podkreślenie roli korelacji kliniczno-patologicznej w rozpoznaniu, a następnie wdrożeniu skutecznej terapii chorób ziarniniakowych skóry na podstawie opisu przypadku. 52-letnia pacjentka zgłosiła się do Kliniki Dermatologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu zmian o charakterze ognisk plackowatych powstałych ze złania brunatno-czerwonych grudek i drobnych guzków na skórze pleców, pośladków, bocznych części twarzy i szyi. Zmiany o podobnej morfologii pojawiły się po raz pierwszy na plecach 13 lat temu i były rozpoznane w oparciu o obraz histopatologiczny jako ziarniniak obrączkowaty. Zastosowano miejscowo glikokortykosteroidy (GKS), uzyskując poprawę kliniczną. Z powodu zaostżenia zmian i pojawienia się nowych ognisk ponownie pobrano biopsję i na podstawie wyniku rozpoznano gruźlicę skóry. Włączono leczenie w schemacie rifampicyna–pirazynamid–izoniazyd–etambutol. Terapia nie wpłynęła na ustąpienie zmian, dlatego ponownie biopsję z wykazaniem zmian odpowiadających sarkoidozie skóry. Chorą skierowano do ośrodka specjalistycznego celem diagnostyki sarkoidozy układuowej, gdzie stwierdzono zajęcie wyłącznie skóry i włączono GKS ogólnie. Uzyskano niewielką poprawę stanu miejscowego. Kolejne pogorszenie zmian zweryfikowano histopatologicznie z oceną obrazu klinicznego i całościowego przebiegu choroby, co pozwoliło na postawienie ostatecznego rozpoznania rozsianej postaci ziarniniaka obrączkowatego i wdrożenia odpowiedniego leczenia. Choroby ziarniniakowe skóry są różnorodną grupą schorzeń, których kliniczna jak i histopatologiczna diagnostyka jest dużym wyzwaniem.

### KALCYFILAKSJA — INTERDYSCYPLINARNE WYZWANIE DIAGNOSTYCZNE I TERAPEUTYCZNE

Aleksandra Jarosz-Chudek, Maciej Pastuszczak, Aleksander Obtulowicz, Anna Wojas-Pelc

Katedra i Klinika Dermatologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Kalcyfilaksja jest rzadkim objawem związanym z odkładaniem zło- gów wapnia w mikrokrążeniu skóry i tkanki podskórnej, co skutkuje powstawaniem bolesnych, martwiczych owrzodzeń, którym mogą towarzyszyć zmiany o charakterze livedo racemosa. Objaw ten dotyczy głównie pacjentów w końcowym stadium przewlekłej choroby nerek (PChN) a jego rozpoznanie wiąże się z wyjątkowo niekorzystnym rokowaniem — rocznie 80% pacjentów z tym powikłaniem umiera. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie przypadku 66-letniej chorej z objawem kalcyfilaksji, od wielu lat hemodializowanej z powodu PChN, oraz omówienie trudności diagnostycznych, terapeu-

tycznych oraz aktualnego stanu wiedzy nt. tej rzadkiej jednostki chorobowej. W czerwcu 2019 roku do Kliniki Dermatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie trafiła pacjentka z rozległymi zmianami rumieniowo-naciekowymi oraz martwiczymi owrzodzeniami w obrębie skóry ud i podudzi. Wstępnie, jako przyczynę zmian martwiczych, podejrzewano zakrzepicę żył głębokich lub zatorowość tętniczą, jednakże dane z wywiadu (obciążenie kardiologiczne, nefrologiczne, współistniejący zespół metaboliczny, terapia warfaryną, hemodializoterapia) oraz obraz kliniczny wskazały kalcyfilaksję jako najpewniejszą przyczynę zmian skórnych oraz narządowych. Pomimo szczegółowej diagnostyki (histologicznej, obrazowej i immunologicznej) oraz zaangażowania w leczenie zespołu lekarzy dermatologów, nefrologów, kardiologów pacjentka zmarła około tygodnia w przeciągu tygodnia od ustaleniu rozpoznania, a miesiąc od pojawienia się pierwszych zmian skórnych. W praktyce dermatologicznej często obraz zmian skórnych jest kluczem do postawienia właściwego rozpoznania i włączenia optymalnego leczenia. Rozpoznanie kalcyfilaksji jest trudne w związku z podobieństwem klinicznym zmian do zapalenia naczyń i innych chorób o dominującej etiologii niedokrwiennej.

### POWIKŁANIA NIEKONTROLOWANEGO STOSOWANIA CYKLOSPORYNY W LECZENIU ŁUSZCZYCY — OPIS PRZYPADKU

Paulina Klimek, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Waldemar Placek

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

**Wstęp:** Cyklosporyna jest od dawna stosowana w leczeniu ogólnym łuszczycy. Ograniczeniem jej stosowania są działania niepożądane, z których do najważniejszych zalicza się: uszkodzenie nerek, nadciśnienie tętnicze, infekcje i nowotwory złośliwe.

**Cel pracy:** Opis przypadku pacjentki, która w wyniku niekontrolowanego przyjmowania cyklosporyny rozwinęła szereg powikłań.

**Opis przypadku:** 40-letnia pacjentka przyjęta do Kliniki z powodu erytrodermii w przebiegu łuszczycy oraz rozległych zmian o charakterze brodawkowym. Wywiad łuszczycy 15-letni. Cyklosporynę stosowała od 7 lat bez nadzoru lekarza i wykonywania badań kontrolnych. Przed przyjęciem hospitalizowana na Oddziale Wewnętrznym z powodu ostrej niewydolności serca i nerek w przebiegu leczenia cyklosporyną oraz obustronnego zapalenia płuc. W badaniu przedmiotowym stwierdzono uogólnione zmiany rumieniowo-łuszczające, rozległe zmiany brodawkowe w okolicach anogenitalnych, pępku i pod piersią lewą, ponadto hypertrychozę twarzy. Wykonane badania laboratoryjne wykazały podwyższoną wartość kreatyniny, leukocytozę, niedokrwistość normocytarną, podwyższone parametry stanu zapalnego. W trakcie hospitalizacji w leczeniu stosowano acytyretynę, cefuroksym zgodnie z posiewem wymazu ze zmian skórnych, naświetlania UVB311, utrzymano dotychczasowe postępowanie internistyczne zgodnie z zaleceniem nefrologa. Obserwowano stopniową poprawę stanu miejscowego skóry. Podjęto decyzję o leczeniu elektrochirurgicznym zmian o charakterze *papilloma* w pachwinie, pępku i pod piersią oraz chirurgicznym zmian w okolicy szpary międzypośladkowej.

**Wnioski:** Stosowanie cyklosporyny w leczeniu łuszczycy zawsze powinno odbywać się pod opieką lekarza. Niekontrolowane stosowanie leku wiąże się z ryzykiem rozwoju ciężkich działań niepożądanych.

### ŁUSZCZYCA KROSTKOWA UOGÓLNIONA U 4-LETNIEGO CHŁOPCA — OPIS PRZYPADKU

Apolonia Bilińska, Joanna Narbutt, Aleksandra Lesiak

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. W. Biegańskiego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Wstęp:** Łuszczycą jest zapalno-proliferacyjną chorobą skóry o podłożu autoimmunologicznym, mediowaną przez limfocyty Th1, Th7 i Th22. Jedną z najcięższych postaci łuszczycy jest łuszczycą krostkowa uogólniona, która u dzieci występuje bardzo rzadko.

**Cel pracy:** Przedstawienie przypadku występowania łuszczycy krostkowej uogólnionej u 4-letniego chłopca.

**Opis przypadku:** 4-letni chłopiec został przyjęty do Kliniki Dermatologii z objawami łuszczycy krostkowej, na którą choruje od 3. miesiąca życia. Podczas pierwszej hospitalizacji pacjent był w stanie zaostrzenia choroby, trwającego od 3 miesięcy, leczony miejscowo bez znaczącej poprawy. Wywiad rodzinny jest dodatni, ojciec chłopca choruje na łuszczycę. W trakcie pobytu badania wykazały podwyższone wartości cholesterolu całkowitego, LDL i trójglicerydów. Pobrano wycinek do badania histopatologicznego, którego wynik potwierdził rozpoznanie. Wprowadzono metotreksat w dawce 5mg/tydzień, steroidoterapię oraz leczenie miejscowe, jednak ze względu na podwyższone wyniki prób wątrobowych, dawkę obniżono do 2,5 mg/tydzień. Pacjenta wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym. Zlecono konsultację w Klinice Diabetologii, podczas której wykluczono genetyczne podłoże hiperlipidemii i zalecono dietę o niskiej zawartości cholesterolu. W trakcie kontrolnej wizyty w tutejszej Klinice ze względu na dobry stan chorego podtrzymało leczenie metotreksatem, jednak badania laboratoryjne nadal wykazały podwyższone wartości LDL. Obecnie, u pacjenta poziom lipidów ustabilizował się, jest w stanie remisji klinicznej i kontynuuje zleczone leczenie.

**Wnioski:** Przypadek jest prezentowany ze względu na rzadkie występowanie łuszczycy krostkowej uogólnionej u dzieci poniżej 10. roku życia. Leczenie tej grupy pacjentów metotreksatem wydaje się skuteczne i bezpieczne, jednak należy pamiętać o ciągłej kontroli badań laboratoryjnych w celu zapobiegania rozwojowi zespołu metabolicznego.

### ZLOKALIZOWANA ODMIANA PEMFIGOIDU PĘCHERZOWEGO WOKÓŁ UROSTOMII U PACJENTKI Z ŁUSZCZYCĄ ZWYKŁĄ

Aleksandra Wielgoś, Mariusz Sikora, Małgorzata Olszewska, Lidia Rudnicka

Klinika Dermatologiczna, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Wstęp:** Ograniczona postać pemfigoidu pęcherzowego jest rozpoznawana rzadko i stanowi do 20% przypadków choroby. Zazwyczaj zmiany dotyczą kończyn dolnych, ale opisano pojedyncze przypadki o lokalizacji okołostomijnej.

**Cel pracy:** Przedstawienie rzadkiego przypadku pemfigoidu pęcherzowego zlokalizowanego wokół urostomii u pacjentki ze współistniejącą łuszczycą plackowatą.

**Opis przypadku:** 76-letnia pacjentka po cystektomii radykalnej z wyłonieniem urostomii z powodu raka pęcherza moczowego w 2006 roku zgłosiła się do Kliniki Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu trwających od dwóch miesięcy nadżerek i pęcherzy o dobrze napiętej pokrywie zlokalizowanych na skórze gładkiej otaczającej urostomię. 10 miesięcy wcześniej rozpoznano u pacjentki łuszczycę plackowatą. Z powodu zmian skórnych z towarzyszącymi dolegliwościami bólowymi i trudności w podłączeniu worka stomijnego pacjentka była konsultowana w Centrum Onkologii, gdzie w związku z podejrzeniem wyprzenia lub kontaktowego zapalenia skóry zalecono stosowanie betametazonu z kwasem fusydowym. Podczas wizyty w Klinice Dermatologicznej pobrano wycinek z otoczenia zmian skórnych do badania metodą immunofluorescencji bezpośredniej, w którym stwierdzono złogi przeciwciał IgG(++), IgA(+) i C3(++), w obrębie błony podstawnej. Wyniki badania surowicy metodą immunofluorescencji pośredniej i splitu skóry ludzkiej były ujemne. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono nieznaczny eozynofilię oraz podwyższone stężenie IgE. Na podstawie obrazu klinicznego i wyników badań rozpoznano pemfigoid pęcherzowy. W leczeniu zastosowano doksycylinę doustnie w dawce 200 mg/dobę oraz propionian klobetazolu miejscowo. Uzyskano stopniowe ustępowanie zmian skórnych z pozostawieniem przebarwień pozapalnych.

**Wnioski:** W przypadku zmian skórnych zlokalizowanych wokół stomii poza infekcją, piodermią zgorzeliową czy kontaktowym zapaleniem skóry należy uwzględnić w diagnostyce różnicowej zlokalizowaną odmianę pemfigoidu pęcherzowego.

### CLINICALLY AMYOPATIC DERMATOMYOSITIS JAKO RZADKI WARIANT ZAPALENIA SKÓRNO-MIĘŚNIOWEGO

Magdalena Stec-Polak, Maciej Pastuszcak, Anna Wojas-Pelc

Katedra i Klinika Dermatologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

**Wstęp:** Zapalenie skórno-mięśniowe bezzapalenia mięśni (CADM, *clinically amyopathic dermatomyositis*) definiuje się jako obecność typowych dla zapalenia skórno-mięśniowego (DM, *dermatomyositis*) zmian skórnych bez cech klinicznych osłabienia mięśni trwających > 6 miesięcy. Dotyczy ono 5–20% pacjentów z DM i częściej, w porównaniu z klasycznym DM, jest diagnozowane błędnie lub z opóźnieniem. CADM wiąże się ze zwiększonym ryzykiem rozwoju włóknienia płuc oraz obecności nowotworów złośliwych.

**Cel pracy:** Przedstawienie obrazu klinicznego oraz wyników leczenia pacjentki z CADM.

**Opis przypadku:** Pacjentka 65-letnia zgłosiła się do Ambulatorium Kliniki Dermatologii z powodu występującego od kilku miesięcy rumienia w kształcie okularów wokół oczu o fioletowo-brunatnym zabarwieniu. Zmiany skórne nasilały się pod wpływem ekspozycji na promieniowanie UV, nie ustępowały pomimo stosowania miejscowych glikokortykosteroidów o dużej sile działania oraz miejscowych inhibitorów kalcineuryny. Chora nie zgłaszała osłabienia siły mięśniowej. W wykonanych badaniach laboratoryjnych stwierdzono dodatnie przeciwciała ANA, silnie dodatnie (3+) przeciwciała anty-Ku, nie ujawniono podwyższonych wartości enzymów mięśniowych w surowicy. W związku z rozpoznaniem CADM przeprowadzono diagnostykę w kierunku obecności procesu nowotworowego. HRCT klatki piersiowej nie uwidoczniło patologii. W procesie diagnostycznym nie ujawniono również innych objawów klinicznych DM. Po wykluczeniu przeciwwskazań rozpoczęto leczenie metotreksatem 15 mg/tydzień oraz prednizonem 0,5 mg/kg/dobę, uzyskując poprawę stanu miejscowego.

**Wnioski:** CADM jest chorobą wymagającą wnikliwej diagnostyki oraz uważnego monitorowania chorych pod kątem rozwoju procesu nowotworowego, włóknienia płuc oraz objawów zapalenia mięśni. Aktualnie brak konsensusów dotyczących terapii. Opublikowane opisy przypadków sugerują, że leczenie systemowe może modyfikować przebieg choroby.

### OBRAZ KLINICZNY ORAZ WIDEODERMATOSKOPOWY SARKOIDOZY — OPIS PRZYPADKU

Natalia Gabzdyl, Klaudia Dopytalska, Katarzyna Lipa, Elżbieta Szymańska, Irena Walecka

Klinika Dermatologii, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie

**Wstęp:** Sarkoidoza jest chorobą ziarniniakową, wieloukładową o nieznanym etiologii, zajmującą najczęściej płuca, węzły chłonne, skórę, oczy, narządy mięszkowe oraz ślinianki przyuszne, a rzadziej ośrodkowy układ nerwowy, serce i kości. Do nieswoistych zmian skórnych należy rumień guzowaty, który często współistnieje z sarkoidozą węzłów wnekowych (zespół Loefgren). Swoiste zmiany skórne występują u 16–37% chorych i cechują się dużą różnorodnością morfologiczną.

**Cel pracy:** Przedstawienie przypadku sarkoidozy z uwzględnieniem obrazu klinicznego oraz wideodermatoskopowego.

**Opis przypadku:** 35-letnia pacjentka ze zmianami rumieniowo-naciekowo-złuszczającymi w zakresie powierzchni wyprostnej stawów kolanowych obu kończyn dolnych, przyjęta do Kliniki Dermatologii w celu pogłębienia diagnostyki. W wywiadzie zmiany skórne pojawiły się około 3 lata przed hospitalizacją — bez poprawy po miejscowych preparatach glikokortykosteroidowych. W RTG klatki piersiowej stwierdzono obustronnie, nieco poszerzone cienie węzłowe (prawdopodobnie węzłowe) z obecnością zwłóknień odwnekowych — obrazem odpowiadające sarkoidozie. EKG oraz USG jamy brzusznej bez odchyżeń. W badaniu okulistycznym — bez odchyżeń. Stężenie wapnia w surowicy i dobowej zbiórce moczu w normie. W badaniu wideodermatoskopowym zmian skórnych: liczne linijne naczyń na tle żółtoczerwonych struktur globularnych. Wykonano badanie histopatologiczne wycinka skóry — opisano liczne ziarniniaki sarkoidalne. Uwzględniając obraz kliniczny, wynik badania obrazowego oraz wynik badania histopatologicznego postawiono rozpoznanie sarkoidozy skórnej oraz węzłowej.



**Wnioski:** Sarkoidoza charakteryzuje się różnorodnym obrazem zmian skórnych. Wideodermoskopia oraz badanie histopatologiczne jest pomocne w celu postawienia rozpoznania. W przypadku podejrzenia sarkoidozy konieczne jest pogłębienie diagnostyki w celu oceny zajęcia narządowego.

### PEMFIGOID ŚLIZÓWKOWO-SKÓRNY UKIERUNKOWANY BLIZNOWACIEJĄCO U CHOREJ W ŚREDNIM WIEKU

Marta Szymoniak-Lipska<sup>1</sup>, Adriana Polańska<sup>2</sup>, Aneta Karasińska<sup>3</sup>, Marian Dmochowski<sup>4</sup>, Monika Bowszyc-Dmochowska<sup>5</sup>, Ryszard Żaba<sup>2</sup>, Zygmunt Adamski<sup>1</sup>, Aleksandra Dańczak-Pazdrowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup>Zakład Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>3</sup>Oddział Dermatologii, Szpital Wojewódzki w Koszalinie

<sup>4</sup>Pracownia Autoimmunizacyjnych Dermatyz Pęcherzowych, Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>5</sup>Pracownia Histopatologii i Immunopatologii Skóry, Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

**Wstęp:** W spektrum podnaskórkowych autoimmunizacyjnych dermatyz pęcherzowych (P-ADP) znajdują się między innymi pemfigoid błon śluzowych (MMP, mucous membrane pemphigoid) oraz pemfigoid typu

Brunstinga-Perry'ego (BPP, *Brunsting-Perry pemphigoid*). Nozologia P-ADP nie oddaje bogactwa ich cech kliniczno-pracownianych.

**Cel pracy:** Celem pracy jest prezentacja przypadku pemfigoidu śluzówkowo-skórnego ukierunkowanego bliznowaciejąco.

**Opis przypadku:** 58-letnia pacjentka zgłosiła się do Poradni Przyklinicznej z powodu występujących od 6 miesięcy bezwzględnych zmian pęcherzowo-nadżerkowych skóry twarzy, szyi, dekoltu, z tendencją do rozsiwiecia, ustępujących z bliznowacaniem i prosakami, oraz nieogójącej się nadżerki skóry owłosionej głowy i zapalenia dziąseł. Chora podała 5-letni wywiad rumieniowych wykwitów skóry ramion oraz zwiewnych, nawrotowych nadżerek narządów płciowych. W badaniu histopatologicznym (H + E) stwierdzono pęcherz podnaskórkowy z neutrofilami i domieszką eozynofili. W immunofluorescencji bezpośredniej (DIF, *direct immunofluorescence*) skóry okołowykwitowej wykryto linijne złożki IgG4(++) oraz IgG1(±) wzdłuż połączenia skórno-naskórkowego (DIF w zakresie IgG, IgG1, IgG4, IgA, C3), w immunofluorescencji pośredniej (IIF, *indirect immunofluorescence*) przeciwciała IgG wobec BP180 oraz naskórkowej strony rozszczepu skóry naczelnych w niskim mianie 1:10 (IIF na substracie mozaikowym na przeciwciała IgG, IgG1, IgG4, IgA), a wieloparametrycznym testem ELISA przeciwciała IgG nie wykryto. Wysunięto podejrzenie MMP/BPP. Wdrożono doksycylinę i witaminę PP oraz betametazon z gentamycyną z miernym efektem. Po wprowadzeniu dapsonu zaobserwowano poprawę.

**Wnioski:** Uważa się, że termin „pemfigoid śluzówkowo-skórny ukierunkowany bliznowaciejąco” byłby właściwy dla opisu chorych z nakładaniem się obrazu kliniczno-pracownianego MMP i BPP. Rozpoznanie to należy wziąć pod uwagę w diagnostyce różnicowej łysienia bliznowaciejącego i chorób nadżerkowo-pęcherzowych.