

Trendy i wyzwania w leczeniu łuszczycy

Rzeszów, 8–10 października 2020 roku

MIKROBIOM SKÓRY I JELIT U PACJENTÓW Z ŁUSZCZYCĄ ZWYKŁĄ

Beata Bergler-Czop

Katedra i Klinika Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Skóra jest najbardziej zewnętrznym organem ciała, który stanowi ochronę przed czynnikami środowiskowymi. Mikrobiom, by pełnił swoje funkcje, musi charakteryzować się określoną wielkością i różnorodnością. Czynniki wewnętrzne i środowiskowe mogą zaburzać jego równowagę. Zaburzoną homeostazę obserwuje się w przebiegu m.in. atopowego zapalenia skóry, łuszczycy, trądziku pospolitego, trądziku różowatego i łojotokowego zapalenia skóry. Skóra zasiedlana jest głównie przez cztery typy bakterii: *Actinobacteria*, *Firmicutes*, *Bacteroidetes* i *Proteobacteria*. Termin „dysbioza” odnosi się do zmian w składzie mikroflory i może być związany z etiologią różnych schorzeń. Dysbioza jelitowa, jak i zaburzenia w mikrobiomie skóry i ich związana z łuszczycą nie są dobrze udokumentowane w piśmiennictwie międzynarodowym. Ocena ewentualnych zaburzeń w mikrobiomie skóry, błon śluzowych i jelit u pacjentów z łuszczycą zwykłą przyczyni się do lepszego poznania dodatkowych mechanizmów patogenetycznych tej częstej dermatozy zapalnej. Umożliwi również próby opracowania uzupełniających form terapii, które wpłynęłyby korzystnie na efekty leczenia.

WSPÓŁCHOROBOWOŚĆ W ŁUSZCZYCY — SPOJRZENIE DERMATOLOGA ORAZ REUMATOLOGA

Agnieszka Owczarczyk-Saczonek¹, Magdalena Krajewska-Włodarczyk^{2,3}

¹Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

²Katedra Chorób Wewnętrznych Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

³Oddział Reumatologii Miejskiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie

Łuszczycą i łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS) to przewlekłe choroby o złożonej patogenecie i niejednorodnym przebiegu klinicznym, z wieloma powikłaniami, które mogą obejmować choroby sercowo-naczyniowe (CVD), prowadząc do skrócenia długości życia. Badania epidemiologiczne dowodzą, że zaburzenia metaboliczne (insulinooporność, dyslipidemia miążdżycowa, nadciśnienie) często współistnieją z chorobami układu krążenia u chorych na łuszczycę, zwłaszcza z ciężkim przebiegiem choroby. Europejski konsensus, opracowany m.in. przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne, dotyczący profilaktyki CVD w 2012 r. zalicza łuszczycę jako niezależny czynnik ryzyka rozwoju CVD. W wykładzie przedstawiono dane światowe i wyniki badań własnych dotyczące oszacowania ryzyka rozwoju CVD u pacjentów z łuszczycą i łuszczycowym zapaleniem stawów. Omówiono zależności patomechanizmu tych powiązań, a także postępowanie profilaktyczne.

GENOME WIDE ASSOCIATION STUDY IN 1300 CASES OF PSORIASIS FROM POLISH POPULATION — PREZENTACJA WYNIKÓW BADAŃ

Bogusław Nedoszytko¹, Dominik Strapagiel²

¹Katedra i Klinika Dermatologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Pracownia Biobank, Zakład Biofizyki Molekularnej Uniwersytetu Łódzkiego

Wstęp: Łuszczycą jest chorobą o złożonym wieloczynnikowym uwarunkowaniu, w której patogenecie odgrywają rolę czynniki genetyczne, środowiskowe i epigenetyczne regulujące ekspresję genów. Badania asocjacji genetycznych, badania genomowe i badania ekspresji genów wykazały związek choroby z ponad 80 regionami chromosomowymi,

oraz zaburzenia ekspresji > 4000 genów. Ciągłe jednak mało wiadomo o genach zlokalizowanych w regionach podatności na łuszczycę (PSORS, psoriasis susceptibility regions) oraz ich epistatycznych oddziałyvaniach w powstawaniu odmiennych fenotypów choroby.

Cel badania: Celem pracy było porównanie częstości występowania *single nucleotide polymorphisms* (SNP) w grupie chorych na łuszczycę i w kontrolnej grupie osób zdrowych oznaczanych metodą *Genome Wide Association Study* (GWAS). Przeprowadzone badanie było wykonywane w Polsce po raz pierwszy.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na grupie 1300 chorych na łuszczycę i 5885 osób zdrowych (POPOLOUS study). Od każdej osoby izolowano genomowy DNA z krwi obwodowej, a następnie przeprowadzono identyfikację SNP przy pomocy macierzy InfinumCoreExome (Illumina). Analizę statystyczną uzyskanych wyników przeprowadzono z użyciem programu PLINK 1.9, wizualizowano w programach Haploview i LocusZoom. Zgodnie z poprawką Bonferroni, za statystycznie istotne różnice przyjęto dla $p < 10^{-7}$.

Wyniki: Spośród 558 231 SNP-ów dostępnych na matrycach, po wykluczeniu polimorfizmów nie spełniających wymogów jakościowych (odstępstwo od prawa Hardy-Weinberga, złe klastrowanie, homozygotycznych, jednowariantowych), do dalszej analizy pozostało 280 655 SNP-ów. U chorych na łuszczycę typu I obserwowano, w porównaniu z grupą kontrolną, znaczące różnice w częstości występowania 235 SNP-ów zlokalizowanych na 8 różnych chromosomach. Najwięcej SNP zlokalizowano na chromosomie 6 (219), dwa na chromosomach 2, 5, 15 i pojedyncze na chromosomach 1, 3, 4, 11, 17, 19, 20 i 22. Najwyższą asocjację stwierdzano dla genów regionu 6p21.33: *PSORS1* (rs6909321, OR = 3,493, $p = 3,58 \times 10^{-49}$), *HLA-C* (rs10484554, OR = 2,627, $p = 1,47 \times 10^{-30}$), genu komplementu C2 (rs9267673, OR = 2,906, $p = 2,46 \times 10^{-30}$), aktywatora czynnika transkrypcyjnego 6 (ATF6B, OR = 2,725, $p < 3,02 \times 10^{-27}$), genu kinazy ser/thre kinase 19 (STK19, OR = 2,727, $p < 9,19 \times 10^{-26}$) oraz peptydazy ubikwityny 8 (*USP8*, chr. 15, rs148783236, OR = 2,624, $p = 1,47 \times 10^{-29}$), basiginy (*BSG*, chr. 19, rs144824657, OR = 5,672, $p = 1,03 \times 10^{26}$), epithelialnego kanału sodowego (*SCNN1D*, chr. 1, rs609805, OR = 2,906, $p = 5,25 \times 10^{-8}$), interleukiny 12 (*IL12B*, chr. 5, rs1218 8300, OR = 2,006, $p = 0,000107$), receptora interleukiny 17E (*IL17RE1*, chr. 22, rs142430606, OR = 3,355, $p = 0,0001$) oraz kolagenu typu 6 (*COL6A3* rs35524572, $p = 0,04$).

W przypadku chorych na łuszczycę typu II obserwowano wzrost częstości w stosunku do kontroli polimorfizmów tylko dwóch genów: białka kanału sodowo-potasowego (*SLC12A1*, OR = 5,413, $p = 1,23 \times 10^{-9}$) oraz basiginy (*BSG*, CD147, rs144824657, OR = 4,262, $p = 3,85 \times 10^{-8}$) kodującego induktor zewnątrzkomórkowych metaloproteinaz.

Wnioski: Przeprowadzone badania potwierdzają różnice podłoża genetycznego łuszczycy typu I i II, potwierdzają silną asocjację łuszczycy typu I z genami regionu MHC I, oraz genami interleukiny 12B oraz genu receptora interleukiny 17. Po raz pierwszy wykazano, że w obu typach łuszczycy czynnikiem ryzyka jest występowanie polimorfizmu rs144824657 genu basiginy, jednego elementu zależnej od IL-22 aktywacji keratynocytów i ich różnicowania.

ŁUSZCZYCA W POPULACJI DZIECIĘCEJ — OCENA CHORÓB WSPÓLISTNIEJĄCYCH, JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW, STOSOWANEJ TERAPII — BADANIE WSTĘPNE

Magdalena Szczegielniak, Joanna Narbutt, Aleksandra Lesiak, Małgorzata Skibińska

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Łuszczycą jest częstą dermatozą w populacji ogólnej. Jej współistnienie z innymi schorzeniami u dzieci nadal jest przedmiotem

badan. W trakcie wystąpienia przedstawione zostaną ogólne zasady zaplanowanego wieloośrodkowego badania dotyczącego łuszczycy w populacji dziecięcej.

Cel badania: Analiza przypadków dzieci z rozpoznaną klinicznie łuszczycą w zależności od płci, wieku, obecności chorób współistniejących, wyników badań laboratoryjnych, stosowanego leczenia, jakości życia pacjentów i ich rodzin, wpływu edukacji rodziców dzieci na postrzeganie choroby.

Pacjenci i metody: Pacjenci z rozpoznaną klinicznie łuszczycą hospitalizowani w Klinice Dermatologii od marca 2020 roku: 24 pacjentów (15 dziewcząt i 9 chłopców) w przedziale wiekowym 6–17 lat.

Wyniki: U 23 hospitalizowanych dzieci występowała łuszczycza zwyczajna, u 1 dziecka łuszczycza krostkowa uogólniona. Wskaźnik PASI powyżej lub równy 10 odnotowano u 11 dzieci. Terapię ogólną stosowano u 7 pacjentów. Wskaźnik CDLQI powyżej lub równy 10 występował u 15 pacjentów, wskaźnik FDLQI powyżej lub równy 10 w 16 rodzinach pacjentów. Świąd obserwowano u 17 dzieci, bóle stawowe u 3 dzieci. Wskaźnik BMI powyżej normy dla wieku i płci obecny był u 7 pacjentów. U wszystkich dzieci występowało prawidłowe ciśnienie tętnicze krwi. U 11 dzieci występowały inne choroby towarzyszące. Edukacja rodziców hospitalizowanych dzieci miała pozytywny wpływ na poziom ich wiedzy na temat choroby.

Wnioski: Obserwacja populacji dziecięcej chorującej na łuszczycę pod kątem występowania chorób towarzyszących ma wpływ na zmniejszenie śmiertelności związanej z ich rozwojem w wieku dorosłym. Łuszczycza często współistnieje z otyłością lub nadwagą. Jej występowanie ma negatywny wpływ na jakość życia pacjentów i ich rodzin.

ŁUSZCZYCA POSPOLITA WSPÓLISTNIEJĄCA Z PEMFIGOIDEM I ZESPÓŁEM METABOLICZNYM — OPIS PRZYPADKU

Anita Wdowiak-Filip, Małgorzata Michalska-Jakubus, Joanna Pucula, Bartłomiej Wawrzycki, Dorota Krasowska

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wstęp: Obserwacje kliniczne wskazują na potencjalny związek łuszczycy z chorobami autoimmunologicznymi, w tym chorobami pęcherzowymi. Pemfigoid pęcherzowy jest autoimmunologiczną podnaskórkową chorobą pęcherzową, która w większości przypadków ma charakter idiopatyczny i pojawia się głównie u ludzi powyżej 60 roku życia. Istnieją doniesienia, że łuszczycza zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia pemfigoidu w młodszych grupach wiekowych. W dostępnej literaturze opisano także współwystępowanie łuszczycy, pemfigoidu i zespołu metabolicznego.

Opis przypadku: Pacjentka 55-letnia chorująca od 20 roku życia na łuszczycę została przyjęta do Kliniki Dermatologii z powodu dobrze napiętych pęcherzy zarówno w obrębie wykwitów łuszczycowych, jak i skórę uprzednio niezmięnionej. W trakcie hospitalizacji z odchyłań od normy stwierdzono podwyższone wartości glikemii na czczo, insuliny, wskaźnika HOMA (7,43), cholesterolu całkowitego, LDL i trójglicerydów oraz obniżenie HDL. W badaniu IIF surowicy wykryto obecność przeciwciał przeciwko błonie podstawnej naskórka, a w DIF liniijną ciągłą fluorescencję wzdłuż błony podstawnej z przeciwciałami anti-IgG i anti-C3 dopełniacza. W badaniu histopatologicznym obserwowano nakładanie się cech typowych dla pemfigoidu i łuszczycy. Ponadto u chorej postawiono diagnozę zespołu metabolicznego (insulinooporność, zaburzenia gospodarki lipidowej, obwód brzucha >80cm).

Wnioski: Przypadek przedstawiamy ze względu na rzadkie współwystępowanie łuszczycy, pemfigoidu i zespołu metabolicznego oraz związane z tym aspekty wyboru odpowiedniej terapii.

ŁUSZCZYCA PLACKOWATA O BARDZO CIĘŻKIM NASILENIU OPORNA NA TERAPIE BIOLOGICZNE ANTY-TNF I ANTY-IL-17 LECZONA RYZANKIZUMABEM — PREZENTACJA PRZYPADKU

Michał Adamczyk, Katarzyna Wolska-Gawron, Mateusz Mleczo, Joanna Bartosińska, Dorota Krasowska

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

Wstęp: Rejestracja pierwszych leków biologicznych antagonizujących czynnik martwicy guza alfa (anty-TNFa) okazała się prawdziwą

rewolucją w terapii pacjentów z łuszczycą plackowatą o ciężkim nasileniu. Kolejne grupy przeciwciał monoklonalnych o działaniu anty interleukina (IL) -12 i 23 oraz anty IL-17A poszerzyły spektrum dostępnych leków, wykazując jeszcze większą skuteczność i bezpieczeństwo. Najnowszą opcję terapeutyczną dla chorych na ciężką łuszczycę są przeciwciała przeciwko podjednostce p19 IL-23, do których należy ryzankizumab.

Opis przypadku: 36-letni mężczyzna z ciężką łuszczycą plackowatą od 10 roku życia. Z powodu znacznego nasilenia choroby oraz nieskuteczności leczenia cyklosporyną A i metotreksatem pacjenta zakwalifikowano do Programu Lekowego NFZ na leczenie biologiczne. Chory otrzymał najpierw adalimumab, a następnie infliksymab, jednak w obydwu przypadkach obserwowano utratę skuteczności leczenia, mimo początkowo dobrej odpowiedzi. Co istotne, w międzyczasie pacjent przybrał na masie ciała około 20kg. Trzecim lekiem biologicznym, jaki otrzymał chory był iksekizumab. W czasie 16-tygodniowej terapii, mimo przyjmowanego jednocześnie metotreksatu obserwowano dalsze nasilenie zmian skórnych — w momencie odstawienia leku wskaźnik PASI wynosił 51 a BSA 89%, co całkowicie uniemożliwiało Pacjentowi codzienne funkcjonowanie i podstawowe czynności życiowe. Do leczenia włączono ryzankizumab, utrzymując metotreksat. Uzyskano szybką poprawę z niemal całkowitą remisją łuszczycy w kolejnych tygodniach leczenia. Terapia umożliwiła pacjentowi powrót do normalnej aktywności życiowej.

Wnioski: Przypadek przedstawiamy ze względu na trudności w doborze odpowiedniego leczenia, ekstremalne nasilenie zmian skórnych łuszczycy oraz obserwowaną bardzo rzadko całkowitą nieskuteczność leku biologicznego anty-IL-17A. Utrata odpowiedzi na leki anty-TNFa mogła być związana ze znaczną masą ciała podczas leczenia. Ryzankizumab okazał się skutecznym lekiem w przypadku wcześniejszej nieskuteczności innych leków biologicznych.

PRZYPADEK CIĘŻKIEJ ŁUSZCZYCY PLACKOWATEJ Z TOWARZYSZĄCĄ ŚWIERZBIĄCZKĄ GUZKOWĄ LECZONY BIOLOGICZNIE — TRUDNOŚCI TERAPEUTYCZNE

Michał Adamczyk, Katarzyna Wolska-Gawron, Mateusz Mleczo, Agnieszka Gerkowicz, Joanna Bartosińska, Dorota Krasowska

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

Wstęp: Świąd jest objawem, który często towarzyszy wykwitom łuszczycowym, nierzadko będąc główną przyczyną pogorszenia jakości życia w tej grupie chorych. Przewlekły świąd i związane z nim drapanie zmian skórnych mogą indukować zmiany świerzbiączkowe. O ile dostępne obecnie nowoczesne leki przeciwłuszczycowe wykazują znaczną skuteczność w terapii łuszczycy, leczenie świerzbiączki guzkowej w dalszym ciągu stanowi wyzwanie terapeutyczne.

Opis przypadku: 72-letnia pacjentka ciężką łuszczycą od ponad 50 lat, oraz wieloletnim wywiadem wykwitów o charakterze guzkowym rozsianych głównie na kończynach. Zmianom skórnych towarzyszył świąd o znacznym nasileniu. Chora leczona w przeszłości wszystkimi dostępnymi metodami standardowymi terapii miejscowej i ogólnej łuszczycy oraz fototerapią PUVA bez efektu lub z wystąpieniem działań niepożądanych. Z powodu nieskuteczności metod ogólnych oraz ciężkiego przebiegu łuszczycy pacjentkę zakwalifikowano do Programu Lekowego NFZ. Pierwszym lekiem, jaki otrzymała chora był adalimumab. W trakcie leczenia obserwowano poprawę zmian skórnych, jednak lek odstawiono po kilku miesiącach z powodu objawów ogólnoustrojowej infekcji o nieustalonej ostatecznie przyczynie. Z tego powodu leczenie zmieniiono na sekukinumab. Podczas terapii obserwowano całkowitą remisję zmian łuszczycowych, jednak utrzymywały się rozsiane wykwity świerzbiączki guzkowej wraz z silnym świądem. W terapii świądu stosowano z niepowodzeniem leki przeciwdepresyjne oraz naltrekson z niewielką poprawą dolegliwości.

Wnioski: U przedstawionej Pacjentki stosowane terapie biologiczne — adalimumab oraz sekukinumab były skuteczne w odniesieniu do zmian łuszczycowych, jednak nie redukowały świądu związanego ze zmianami świerzbiączkowymi. Zastosowanie naltreksonu — odwrotnego agonisty receptorów opioidowych związane było z niewielkim zmniejszeniem dolegliwości świądowych. Obecnie brakuje leków wykazujących zadowalającą skuteczność w terapii świerzbiączki guzkowej.

UOGÓLNIANA ŁUSZCZYCA KROSTKOWA U 5,5-LETNIEGO CHŁOPCA

Karolina Kijowska, Joanna Narbutt, Aleksandra Lesiak

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Uogólniona łuszczyca krostkowa jest rzadką, wieloukładową postacią łuszczycy o ciężkim przebiegu. Występuje głównie u kobiet po 50 roku życia. U dzieci rozpoznaje się ją bardzo rzadko.

Opis przypadku: 4,5-letni chłopiec został przyjęty do Kliniki Dermatologii celem diagnostyki i leczenia łuszczycy krostkowej. Pierwsze zmiany pojawiły się w 3. miesiącu życia, włączono leczenie miejscowe jednak nie uzyskano zadowalającej poprawy. Z uzyskanego wywiadu wynikało, że łuszczyca występowała u ojca pacjenta. Wykonane podczas hospitalizacji badania laboratoryjne wykazały podwyższone wartości cholesterolu całkowitego, trójglicerydów i LDL. Pobrane do badania histopatologicznego wycinek skóry potwierdził rozpoznanie łuszczycy krostkowej. Podczas hospitalizacji do leczenia włączono metotreksat w dawce 5 mg/tydzień, steroidoterapię oraz leczenie miejscowe. Ze względu na wzrost wartości prób wątrobowych, dawkę metotreksatu zredukowano do 2,5 mg/tydzień. Z powodu pogorszenia stanu miejscowego, wystąpienia dolegliwych bólowych brzucha oraz wymiotów podczas kolejnych hospitalizacji zdecydowano o odstawieniu metotreksatu i włączeniu acytretyny w dawce 10 mg/dobę. Ze względu na podwyższone wartości trójglicerydów acytretyna została zastąpiona farmakoterapią regularnie wykonywać badania laboratoryjne oraz monitorować pod kątem wstępowania objawów zespołu metabolicznego również w tej grupie wiekowej.

Wnioski: Prezentujemy przypadek z uwagi na bardzo rzadkie występowanie łuszczycy krostkowej uogólnionej u dzieci. Należy pamiętać, aby podczas stosowanej farmakoterapii regularnie wykonywać badania laboratoryjne oraz monitorować pod kątem wstępowania objawów zespołu metabolicznego również w tej grupie wiekowej.

GRUŹLICA U PACJENTA W TRAKCIE LECZENIA BIOLOGICZNEGO — OPIS PRZYPADKU

Beata Wańczyk-Dręczeńska, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Waldemar Placek

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

Wstęp: Wprowadzenie terapii biologicznej zrewolucjonizowało leczenie łuszczycy. Ze względu na znaczny efekt immunosupresyjny, terapia obarczona jest działaniami niepożądanymi, wśród których wymienić należy: reakcje miejscowe związane z iniekcją, zaburzenia gastroenterologiczne oraz zwiększone ryzyko wystąpienia zakażeń, m.in. gruźlicy.

Opis przypadku: 52-letni mężczyzna został przyjęty do Kliniki Dermatologii celem ponownej kwalifikacji do leczenia biologicznego. Wywiad chorobowy od 1997 r., w 2012 r. rozpoznano łuszczycowe zapalenie stawów. W przeszłości leczony był PUVA, cyklosporyną A i lefludomidem w połączeniu z metotreksatem — bez efektu. Następnie włączono terapię adalimumabem — w 16. tygodniu u pacjenta wystąpiło napadowe migotanie przedsionków oraz udar niedokrwienny TIA, terapię utrzymano z uzyskaniem całkowitej remisji. W trakcie II cyklu leczenia biologicznego wykryto gruźlicę płucną, a pacjent został zawieszony w programie lekowym. Po zakończeniu leczenia przeciwpłatkowego wznowiono terapię inhibitorem TNF α , podczas której stwierdzono gruźlicę serwatą. Po 3 miesiącach od zakończenia leczenia przeciwpłatkowego pacjent był ponownie hospitalizowany z powodu podejrzenia wznowy gruźlicy, a po wykluczeniu przeciwwskazań podjęto decyzję o ponownej kwalifikacji do leczenia biologicznego. W badaniu fizykalnym stwierdzono dobrze odgraniczone, ostrozapalne zmiany pokryte łuską na tułowiu i kończynach oraz rozlane zmiany rumieniowo-żółtaczające na skórze głowy. Pacjent zgłaszał bóle stawów oraz pogorszenie widzenia oka prawego. Ze względu na duże ryzyko nawrotu gruźlicy podjęto decyzję o zmianie leku na inhibitor IL-17.

Wnioski: Prawidłowa kwalifikacja i rzetelne przeprowadzenie badań poprzedzających podanie leków biologicznych zapewnia bezpieczeństwo pacjentów oraz zadowalający efekt terapeutyczny. Pacjentów należy regularnie monitorować w celu uniknięcia działań niepożądanych. U pacjentów, u których wystąpiło zakażenie gruźlicze, szczególnie nawracające, należy rozważyć zmianę na lek o innym mechanizmie działania.

OCENA WPŁYWU LECZENIA OGÓLNEGO ŁUSZCZYCY NA POZIOM WYBRANYCH MARKERÓW RYZYKA SERCOWO-NACZYNIOWEGO (VCAM-1, E-SELEKTYNA, OXLDL, PRZECIWCIAŁA ANTY-OXLDL) ORAZ CYTOKIN REGULATOROWYCH (IL-10, TGF β , IL-35)Natalia Zdanowska¹, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek¹, Joanna Czerwińska¹, Jacek J. Nowakowski², Waldemar Placek¹¹*Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie*²*Katedra Ekologii i Ochrony Środowiska Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie*

Udział czynników aktywacji śródbłonna, cytokin regulatorowych, a także oksydowanych lipoprotein o niskiej gęstości (oxLDL) i przeciwciał przeciw oxLDL (anty-oxLDL) w patogenezie łuszczycy i miażdżycy dowodzi wspólnego mechanizmu powstawania tych chorób. Celem badania była ocena stężenia VCAM-1, E-selektyny, IL-10 i 35, TGF- β 1, oxLDL i anty-oxLDL u chorych na łuszczycę plackowatą oraz wpływu 12-tygodniowego leczenia metotreksatem/adalimumabem oraz palenia papierosów na stężenie tych cząsteczek. Badaniem objęto 34 chorych na łuszczycę (po 17 osób leczonych adalimumabem i metotreksatem) oraz 8 zdrowych ochotników. W momencie rozpoczęcia leczenia poziom E-selektyny i VCAM-1 był wyższy w grupie adalimumabu (ADA) niż w grupach metotreksatu (MTX) i kontrolnej, stężenie IL-35 było najwyższe u zdrowych ochotników, IL-10 i TGF- β 1 w grupie MTX, oxLDL i anty-oxLDL w grupie ADA. Spadek poziomu IL-10 oraz VCAM-1 zaobserwowano zarówno w grupie lezonej ADA, jak i MTX, E-selektyny i oxLDL tylko w tej ostatniej. Stężenie IL-35 obniżyło się w trakcie leczenia adalimumabem. PASI i BSA były skorelowane z BMI oraz stężeniem IL-35 i IL-10. Pałacy chorzy na łuszczycę mieli wyjściowo istotnie wyższe BMI, niższe stężenie HDL, wyższe IL-10 i niższe IL-35 w porównaniu z osobami zdrowymi, niepalącymi. Uzyskane wyniki dowodzą wpływu leczenia ogólnego łuszczycy na poziom biorących udział w rozwoju miażdżycy cytokin regulatorowych, czynników aktywacji śródbłonna oraz oxLDL. Ponadto wskazują na potrzebę holistycznego podejścia do leczenia łuszczycy, które powinno obejmować modyfikację stylu życia poprzez zaprzestanie palenia tytoniu.

MÓZGOWY WYMIAR ŁUSZCZYCYLuiza Marek-Józefowicz¹, Katarzyna Nowacka², Monika Wróblewska³, Katarzyna Piec⁴, Elżbieta Zawada⁵, Zbigniew Serafin⁵, Rafał Czajkowski¹, Alina Borkowska³, Grzegorz Kozera⁴¹*Katedra Dermatologii i Wenerologii Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz*²*Katedra Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz*³*Katedra Neuropsychologii Klinicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz*⁴*Katedra i Klinika Neurologii Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz*⁵*Katedra i Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz*

Wstęp: Łuszczyca jest chorobą przewlekłą znacznie upośledzającą funkcjonowanie psychospołeczne chorych. Uznana jest jako jedna z chorób psychosomatycznych. Dotychczas niewiele wiadomo na temat wpływu łuszczycy na funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego.

Cel badania: Wpływ łuszczycy na funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego.

Pacjenci i metody: W badaniu udział wzięło 53 pacjentów z łuszczycą oraz 36 osób zdrowych. W celu wczesnego wykrycia zaburzeń funkcji poznawczych u pacjentów z łuszczycą przeprowadzono badania neuropsychologiczne z wykorzystaniem szeregu testów: Test Stroopa, Test TMT, Test pamięci Reya, Test Fluencji słownej, Test powtarzania cyfr, Testy z baterii Neurotest: SRT, GoNoGo, VVMT. Ocena ultrasonograficzna tętnic zewnątrzczaszkowych, przezczaszkowa ultrasonografia z wykorzystaniem prowokacji fizjologicznej posłużyła do oceny ryzyka rozwoju mikroangiopatii mózgowej. Natomiast struktury mózgowia uwidoczniono w badaniu rezonansu magnetycznego. Nasilenie łuszczycy ocenioną skalą PASI.

Wyniki: U pacjentów z nasiloną łuszczycą i dłuższym czasem trwania choroby otrzymano gorsze wyniki testów neuropsychologicznych, były one związane z gorszym przepływem mózgowym ocenionym w badaniu usg, co stanowi wyznacznik mikroangiopatii mózgowej. Wiek pacjentów ma znaczenie dla pogorszenia struktury mózgowia (mniejsza objętość

mózgowia, mniejsza objętość istoty szarej), natomiast lata nauki wiążą się z lepszą jego sprawnością mierzoną testami neuropsychologicznymi. Lata nauki nie wpływają na struktury mózgowia.

Wnioski: Zaburzenia poznawcze oraz ryzyko mikroangiopatii mózgowej jest związane z reakcją zapalną, czasem trwania choroby oraz nasileniem zmian łuszczycowych. Łuszczyca jest złożonym schorzeniem o wymiarze mózgowym

WPŁYW PANDEMII COVID-19 NA JAKOŚĆ ŻYCIA U PACJENTÓW Z ŁUSZCZYCĄ PLACKOWATĄ I ŁUSZCZYCOWYM ZAPALENIEM STAWÓW W TRAKCIE TERAPII LEKAMI BIOLOGICZNYMI

Marcin Noweta¹, Małgorzata Skibińska¹, Katarzyna Stępień²,
Adam Reich², Joanna Narbutt¹, Aleksandra Lesiak¹, Magdalena Ciężyńska³

¹Klinika Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Zakład i Klinika Dermatologii Instytutu Nauk Medycznych Kolegium Nauk Medycznych w Rzeszowie

³Centrum Medyczne DERMOKLINIKA

Szybko rozwijająca się pandemia COVID-19 wpłynęła na wszystkie aspekty codziennego życia. Dla większości społeczeństwa życie radykalnie zmieniło się na gorsze. Wzrost infekcji i zgonów związanych z COVID-19, wciąż rosną. Także izolacja oraz perspektywa utraty pracy u większości ludzi wzbudza niepokój. Jednym z głównych obaw większości lekarzy, ale również pacjentów jest duży wpływ epidemii na systemy opieki zdrowotnej. Istnieje ryzyko, że pacjenci poddawani terapii biologicznej mogą nie otrzymać leczenia na czas, ponieważ zachęca się ludzi do pozostania w domu, aby zapobiec rozprzestrzenianiu się wirusa. Ponadto zmniejsza się liczba czynnego personelu medycznego, a kryzys ekonomiczny się pogłębia. Wpływ COVID-19 na jakość życia (QoL) jest ściśle powiązany z zaostrzeniem objawów choroby. W okresie pandemii pacjenci leczeni biologicznie stają przed poważnym dylematem, ponieważ pozostanie w domu może przyspieszyć progresję choroby, natomiast wizyta w szpitalu może zwiększyć ryzyko zakażenia COVID-19. Celem niniejszego badania jest ocena jakości życia pacjentów chorych na łuszczycowe zapalenie stawów oraz łuszczycę pospolitą objętych programami lekowymi podczas pandemii COVID-19.