



VIRTUAL MEETING



DERMOSKOPIA

II KONFERENCJA SEKCJI DiTOS POLSKIEGO
TOWARZYSTWA DERMATOLOGICZNEGO

1–2 kwietnia 2022 roku

Organizatorzy:

**Polskie Towarzystwo Dermatologiczne
Sekcja DiTOS — Sekcja Dermoskopii
i Techniki Obrazowania Skóry**

Program i streszczenia

CZŁONKOWIE KOMITETU ORGANIZACYJNEGO

Honorowy Organizator
prof. dr hab. n. med. Lidia Rudnicka

Zarząd Sekcji DiTOS

dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek,
profesor Narodowego Instytutu Onkologii
prof. dr hab. n. med. Andrzej Kaszuba
dr hab. n. med. Adriana Rakowska
dr n. med. Monika Słowińska

CZŁONKOWIE KOMITETU NAUKOWEGO

prof. dr hab. n. med. Zygmunt Adamski
prof. dr hab. n. med. Beata Bergler-Czop
Prof. Andreas Blum
dr hab. n. med. Bożena Cybulska-Stopa
dr hab. n. med. Anna M. Czarnecka,
prof. NIO-PIB
dr n. med. Iwona Czarnecka
prof. dr hab. n. med. Magdalena Czarnecka-Operacz
lek. Dariusz Czubiński
dr hab. n. med. Joanna Czuwara
lek. Klaudia Dopytalska
lek. Monika Dźwigała
prof. dr hab. n. med. Sebastian Giebel
lek. Karolina Jaworska
dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek,
prof. NIO-PIB
prof. dr hab. n. med. Dorota Krasowska
dr hab. n. med. Beata Kręcisz
dr n. med. Marta Kurzeja
lek. Dominika Kwiatkowska
prof. dr hab. n. med. Magdalena Lange
dr hab. n. med. Małgorzata Mackiewicz-Wysocka
prof. dr hab. n. med. Mariola Marchlewicz
lek. Ewelina Mazur
dr n. med. Anna Michalak-Stoma
lek. Agata Mikucka-Wituszyńska
dr hab. n. med. Hanna Myśliwiec
prof. dr hab. n. med. Anna Nasierowska-Guttmejer
prof. dr hab. n. med. Roman Nowicki
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Olszewska

dr hab. n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek,
prof. UWM
dr hab. n. med. Witold Owczarek, prof. WIM
dr n. med. Piotr Szlązak
dr n. med. Elwira Paluchowska
Prof. Giovanni Pellacani
prof. dr hab. n. med. Waldemar Placek
dr n. med. Anna Pogorzelska-Antkowiak
dr hab. n. med. Adriana Rakowska
prof. dr hab. n. med. Adam Reich
lek. Patrycja Rogowska
prof. dr hab. n. med. Lidia Rudnicka
prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski
dr n. med. Martyna Sławińska
dr n. med. Monika Słowińska
dr hab. n. med. Michał Sobjanek
lek. Piotr Sobolewski
prof. dr hab. n. med.
Małgorzata Sokołowska-Wojdyło
dr n. med. Tomasz Świtaj
lek. Paulina Szczepanik-Kułak
dr hab. n. med. Aneta Szczerkowska-Dobosz
dr n. med. Anastazja Szlauer-Stefańska
prof. dr hab. n. med. Jacek Szepietowski
dr hab. n. med. Irena Walecka, prof. CMKP
dr n. med. Olga Warszawik-Hendzel
dr n. med. Anna Waśkiel-Burnat
Dr Julia K. Winkler
dr hab. n. med. Wojciech M. Wysocki, prof. KAIAFM
prof. dr hab. n. med. Agnieszka Żebrowska

Dermskopia — II Konferencja Sekcji DiTOS Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego

Program

Piątek, 1 kwietnia 2022 roku

WIRTUALNA SALA KONFERENCYJNA

- 13:00–15:10 Sesja plenarna — nowoczesne trendy w obrazowaniu skóry**
Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Jacek Szepietowski, Prof. Andreas Blum, dr hab. n. med. Anna M. Czarnecka, prof. NIO-PIB, dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB, dr hab. n. med. Adriana Rakowska, dr n. med. Monika Słowińska
- 13:00–13:05 Uroczyste otwarcie**
Zarząd Sekcji DiTOS: dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB, dr hab. n. med. Adriana Rakowska, dr n. med. Monika Słowińska
- 13:05–13:25 Wykład inauguracyjny I**
Dermskopowe trendy w nowoczesnej onkologii
dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB
- 13:25–13:50 Wykład inauguracyjny II Trichoskopia — co nowego?**
prof. dr hab. n. med. Lidia Rudnicka
- 13:50–14:30 Wykład inauguracyjny III**
The most challenging cases of melanoma
Najtrudniejsze przypadki czerniaka
Prof. Andreas Blum
- 14:30–14:50 Wykład inauguracyjny IV**
Od genetyki do leczenia uzupełniającego w czerniaku skóry. Wykład pod patronatem firmy MSD
dr hab. n. med. Anna M. Czarnecka, prof. NIO-PIB
- 15:10–15:20 Przerwa**
- 15:20–17:45 Część I: Mikroskopia konfokalna jako niezbędne narzędzie diagnostyczne**
Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Anna Nasierowska-Guttmejer, dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB, dr hab. n. med. Adriana Rakowska, dr n. med. Monika Słowińska
- 15:20–15:50 Wykład pod patronatem firmy VivaScope. Drop the line: Confocal microscopy; an update**
„Rzuć linę” — nowości w refleksyjnej mikroskopii konfokalnej
Prof. Giovanni Pellacani
- 15:50–16:05 „Piękna i bestia” w mikroskopii konfokalnej**
dr n. med. Monika Słowińska, dr n. med. Iwona Czarnecka, dr hab. n. med. Witold Owczarek, prof. WIM
- 16:05–16:25 Trudności diagnostyczne w rozpoznawaniu wczesnych czerniaków — okiem patomorfologa**
prof. dr hab. n. med. Anna Nasierowska-Guttmejer
- 16:25–16:40 Refleksyjna mikroskopia konfokalna w diagnostyce pęcherzycy zwykłej i liściastej**
dr n. med. Marta Kurzeja, prof. dr hab. n. med. Lidia Rudnicka, prof. dr hab. n. med. Małgorzata Olszewska
- 16:40–16:55 Wideodermskopia i mikroskopia konfokalna jako przydatne narzędzia w diagnostyce różnicowej chorób owłosionej skóry głowy**
lek. Dominika Kwiatkowska, lek. Ewelina Mazur, prof. dr hab. n. med. Adam Reich
- 16:55–17:10 Typowe i nietypowe oblicza raków podstawnomórkowych w refleksyjnej mikroskopii konfokalnej**
lek. Klaudia Dopytalska, dr hab. n. med. Irena Walecka, prof. CMKP, lek. Agata Mikucka-Wituszyńska
- 17:10–17:25 Wykład pod patronatem firmy VivaScope. New trends in rapid non-invasive diagnostics in vivo**
Nowe trendy w szybkiej diagnostyce nieinwazyjnej in-vivo
Mr Giuseppe Solomita (MAVIG)
- 17:25–17:45 Dyskusja**

17:45–17:50 Przerwa

17:55–19:45 **Część II: Dermoskopia zmian w szczególnej lokalizacji**

Przewodniczący: *prof. dr hab. n. med. Beata Bergler-Czop, dr hab. n. med. Adriana Rakowska, dr hab. n. med. Michał Sobjanek*

17:55–18:10 **Korelacje dermoskopowo-histologiczne zmian melanocytarnych w lokalizacjach szczególnych**

dr hab. n. med. Joanna Czuwara

18:10–18:25 **Zmiany śluzówkowe**

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Olszewska

18:25–18:45 **Wykład sponsorowany Bristol Myers Squibb: Leczenie systemowe czerniaka ze szczególnym uwzględnieniem obszaru głowy i szyi z przerzutami do ośrodkowego układu nerwowego**

dr n. med. Katarzyna Kozak

18:45–19:00 **Cechy dermoskopowe guzów brzegów powiek — jednoośrodkowe badanie retrospektywne**

dr hab. n. med. Michał Sobjanek, lek. Karolina Jaworska, dr n. med. Martyna Sławińska

19:00–19:25 **Dermoskopia guzów skóry owłosionej głowy**

dr n. med. Anna Waśkiel-Burnat

19:25–19:45 **Dyskusja i zakończenie pierwszego dnia**

Sobota, 2 kwietnia 2022 roku

WIRTUALNA SALA KONFERENCYJNA

09:00–11:10 **Część I: Dermoskopia łączy specjalistów**

Przewodniczący: *prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski, prof. dr hab. n. med. Waldemar Placek, dr hab. n. med. Bożena Cybulska-Stopa, dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB*

09:00–09:05 **Wstęp do wykładu: Od dermoskopii do leczenia: Rak płaskonabłonkowy i neuroendokryny skóry — prezentacje dermoskopowe**

dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB

09:05–09:20 **Od dermoskopii do leczenia: Rak płaskonabłonkowy i neuroendokryny skóry — co dermatolog wiedzieć powinien?**

prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski

09:20–09:25 **Wstęp do wykładu: Wzorce dermoskopowe czerniaka**

dr n. med. Monika Słowińska

09:25–09:40 **Od dermoskopii do leczenia systemowego chorych z rozpoznaniem czerniakiem w stopniu III i IV — co dermatolog wiedzieć powinien?**

dr hab. n. med. Bożena Cybulska-Stopa

09:40–09:55 **Wykład sponsorowany firmy Pierre Fabre Medicament Polska: Od dermoskopii do leczenia toksyczności skórnych w terapiach czerniaka skóry i błon śluzowych**

dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB

09:55–10:00 **Wstęp do wykładu: Od dermoskopii do leczenia: Rak podstawnkomórkowy — prezentacje dermoskopowe**

dr n. med. Olga Warszawik-Hendzel

10:00–10:15 **Od dermoskopii do leczenia: rak podstawnkomórkowy**

dr n. med. Tomasz Świtaj

10:15–10:20 **Wstęp do wykładu: Od dermoskopii do leczenia: pierwotne T-komórkowe chłoniaki skóry — prezentacje dermoskopowe**

dr n. med. Martyna Sławińska

10:20–10:35 **Od dermoskopii do leczenia chłoniaków pierwotnych skóry**

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Sokołowska-Wojdyło

10:35–10:50 **Trichoskopia w onkologii**

dr hab. n. med. Adriana Rakowska

10:50–11:10 **Dyskusja**

11:10–11:20 **Przerwa**

- 11:20–12:10 Sesja satelitarna firmy NOVARTIS: ROZMOWY (NIE)KONTROLOWANE — panel wielospecjalistyczny o diagnostyce i leczeniu czerniaka**
Moderator: prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski
Paneliści: dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB, dr hab. n. med. Bożena Cybulska-Stopa, dr hab. n. med. Wojciech M. Wysocki, prof. KAIAFM
- 12:10–12:20 Przerwa**
- 12:20–14:00 Varia — doświadczenia polskie w metodach obrazowania skóry**
Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Magdalena Czarnecka-Operacz,
prof. dr hab. n. med. Magdalena Lange, prof. dr hab. n. med. Agnieszka Żebrowska, dr hab. n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, prof. UWM
- 12:20–12:35 Tatuaż a niektóre procedury diagnostyczne z uwzględnieniem dermoskopii**
dr hab. n. med. Aneta Szczerkowska-Dobosz, lek. Patrycja Rogowska, dr n. med. Martyna Sławińska
- 12:35–12:45 Diagnostyka z użyciem refleksyjnej mikroskopii konfokalnej w obrazowaniu ziarniniaka grzybiastego**
dr n. med. Iwona Czarnecka, dr n. med. Monika Sławińska, dr hab. n. med. Witold Owczarek, prof. WIM
- 12:45–12:55 Zastosowanie refleksyjnej mikroskopii konfokalnej w ocenie skuteczności terapii fotodynamicznej w leczeniu rogowacenia słonecznego**
lek. Ewelina Mazur, lek. Dominika Kwiatkowska, prof. dr hab. n. med. Adam Reich
- 12:55–13:05 Diagnostyka zmian spitzoidalnych z użyciem refleksyjnego mikroskopu konfokalnego *in vivo***
dr n. med. Anna Pogorzelska-Antkowiak
- 13:05–13:15 Prospektywna ocena dermoskopowa w ostrej postaci choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi**
dr n. med. Anastazja Szlauer-Stefańska, prof. dr hab. n. med. Sebastian Giebel, dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB
- 13:15–13:30 Dermoskopowa diagnostyka twardziny ograniczonej**
dr n. med. Anna Michalak-Stoma, lek. Paulina Szczepanik-Kuśak, prof. dr hab. n. med. Dorota Krasowska
- 13:30–13:45 Zastosowanie elastografii SWE w diagnostyce pacjentów z twardziną układową**
lek. Piotr Sobolewski, lek. Monika Dźwigała, dr hab. n. med. Irena Walecka, prof. CMKP
- 13:45–14:00 Dyskusja**
- 14:00–14:10 Przerwa**
- 14:10–14:35 Wykład sponsorowany firmy La Roche-Posay: Nowoczesna fotoprotekcja w dzień i w nocy**
Wykładowca: dr hab. n. med. Joanna Czuwara,
Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Mariola Marchlewicz, dr hab. n. med. Hanna Myśliwiec, dr n. med. Piotr Szlązak
- 14:35–14:45 Przerwa**
- 14:45–16:10 Nowe koncepcje w dermoskopii — przemysł i wdrażaj**
Przewodniczący: dr hab. n. med. Beata Kręcisz, dr n. med. Monika Sławińska, dr n. med. Martyna Sławińska
- 14:45–15:05 Wykład pod patronatem firmy FotoFinder: *Will artificial intelligence replace the doctor in dermoscopic evaluation?* Czy sztuczna inteligencja zastąpi lekarza w ocenie dermoskopowej?**
Dr Julia K. Winkler
- 15:05–15:20 Kiedy zawodzi nas algorytm dermoskopowy**
dr n. med. Martyna Sławińska, dr hab. n. med. Michał Sobjanek
- 15:20–15:35 „Myślenie i ośnienie” w dermoskopii**
lek. Dariusz Czubiński
- 15:35–15:55 Czy istnieje uniwersalny algorytm diagnostyczny w dermoskopii?**
dr n. med. Monika Sławińska, dr n. med. Iwona Czarnecka,
dr n. med. Elwira Paluchowska, dr hab. n. med. Witold Owczarek, prof. WIM
- 15:55–16:10 Dyskusja**
- 16:10 Podsumowanie i zakończenie Konferencji**
Zarząd Sekcji DiTOS: dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB,
dr hab. n. med. Adriana Rakowska, dr n. med. Monika Sławińska

Dermoscopy — II Conference of the Section of Dermoscopy and other skin imaging techniques (DiTOS) of the Polish Dermatological Society

Programme

Friday, 1 April 2022

VIRTUAL CONFERENCE ROOM

- 13:00–15:10 Plenary session — novel trends in skin imaging technics**
Chairman: prof. dr hab. n. med. Jacek Szepietowski, Prof. Andreas Blum, dr hab. n. med. Anna M. Czarnecka, prof. NIO-PIB, dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB, dr hab. n. med. Adriana Rakowska, dr n. med. Monika Słowińska
- 13:00–13:05 Opening ceremony**
DiTOS Section Board: dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB, dr hab. n. med. Adriana Rakowska, dr n. med. Monika Słowińska
- 13:05–13:25 Inaugural lecture I**
Dermoscopic trends in the contemporary oncology
dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB
- 13:25–13:50 Inaugural lecture II Trichoscopy — what's new?**
prof. dr hab. n. med. Lidia Rudnicka
- 13:50–14:30 Inaugural lecture III**
The most challenging cases of melanoma
Prof. Andreas Blum
- 14:30–14:50 Inaugural lecture IV**
From genetics to adjuvant treatment for skin melanoma. Lecture under the patronage of MSD
dr hab. n. med. Anna M. Czarnecka, prof. NIO-PIB
- 14:50–15:10 Discussion**
- 15:10–15:20 Break**
- 15:20–17:45 Part I: Reflectance confocal microscopy as an essential diagnostic method**
Chairman: prof. dr hab. n. med. Anna Nasierowska-Guttmejer, dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB, dr hab. n. med. Adriana Rakowska, dr n. med. Monika Słowińska
- 15:20–15:50 Lecture under the patronage of VivaScope. Drop the line: Confocal microscopy; an update**
Prof. Giovanni Pellacani
- 15:50–16:05 “Beauty and the Beast” in confocal microscopy**
dr n. med. Monika Słowińska, dr n. med. Iwona Czarnecka, dr hab. n. med. Witold Owczarek, prof. WIM
- 16:05–16:25 Diagnostic difficulties in diagnosing early melanomas — from the pathologist's point of view**
prof. dr hab. n. med. Anna Nasierowska-Guttmejer
- 16:25–16:40 Confocal microscopy in the diagnosis of pemphigus vulgaris and foliaceus**
dr n. med. Marta Kurzeja, prof. dr hab. n. med. Lidia Rudnicka, prof. dr hab. n. med. Małgorzata Olszewska
- 16:40–16:55 Vidodermoscopy and reflectance confocal microscopy (RCM) as useful tools in diagnostics of hairy scalp diseases**
lek. Dominika Kwiatkowska, lek. Ewelina Mazur, prof. dr hab. n. med. Adam Reich
- 16:55–17:10 Typical and atypical faces of basal cell carcinomas in confocal microscopy**
lek. Klaudia Dopytalska, dr hab. n. med. Irena Walecka, prof. CMKP, lek. Agata Mikucka-Wituszyńska
- 17:10–17:25 Lecture under the patronage of VivaScope. New trends in rapid non-invasive diagnostics *in vivo***
Mr Giuseppe Solomita (MAVIG)
- 17:25–17:45 Discussion**

17:45–17:55 **Break**

17:55–19:45 **Part II: Dermoscopy of lesions in a special location**

Chairman: prof. dr hab. n. med. Beata Bergler-Czop, dr hab. n. med. Adriana Rakowska, dr hab. n. med. Michał Sobjanek

17:55–18:10 **Dermoscopic-histologic correlations of melanocytic lesions in special locations**

dr hab. n. med. Joanna Czuwara

18:10–18:25 **Mucosal lesions**

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Olszewska

18:25–18:45 **Lecture sponsored by Bristol Myers Squibb: Systemic treatment of melanoma with particular emphasis on the head and neck area with metastases to the central nervous system**

dr n. med. Katarzyna Kozak

18:45–19:00 **Dermoscopic characteristics of eyelid-edge tumors — a single-center retrospective study**

dr hab. n. med. Michał Sobjanek, lek. Karolina Jaworska, dr n. med. Martyna Sławińska

19:00–19:25 **Dermoscopy of scalp tumors**

dr n. med. Anna Waśkiel-Burnat

19:25–19:45 **Discussion and summary of the first day**

Saturday, 2 April 2022

VIRTUAL CONFERENCE ROOM

09:00–11:10 **Part I: Dermoscopy connects specialists**

Chairman: prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski, prof. dr hab. n. med. Waldemar Placek, dr hab. n. med. Bożena Cybulska-Stopa, dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB

09:00–09:05 **Lecture Introduction. From dermoscopy to treatment: basal cell carcinoma and cutaneous neuroendocrine carcinoma — dermoscopic presentations**

dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB

09:05–09:20 **From dermoscopy to treatment: basal cell carcinoma and cutaneous neuroendocrine carcinoma — what should a dermatologist know?**

prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski

09:20–09:25 **Lecture Introduction: Melanoma's dermoscopic patterns**

dr n. med. Monika Słowińska

09:25–09:40 **From dermoscopy to treatment: systemic treatment of patients diagnosed with stage III and IV melanoma — what should a dermatologist know?**

dr hab. n. med. Bożena Cybulska-Stopa

09:40–09:55 **Lecture sponsored by Pierre Fabre Medicament Polska: From dermoscopy to treatment: skin toxicities in the course of cutaneous and mucous membranes melanoma therapy**

dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB

09:55–10:00 **Lecture Introduction. From dermoscopy to treatment: basal cell carcinoma — dermoscopic presentations**

dr n. med. Olga Warszawik-Hendzel

10:00–10:15 **From dermoscopy to treatment: basal cell carcinoma**

dr n. med. Tomasz Świtaj

10:15–10:20 **Lecture Introduction: From dermoscopy to treatment — primary cutaneous T-cell lymphomas — dermoscopic presentations**

dr n. med. Martyna Sławińska

10:20–10:35 **From dermoscopy to the treatment of primary skin lymphomas**

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Sokołowska-Wojdyło

10:35–10:50 **Trichoscopy in oncology**

dr hab. n. med. Adriana Rakowska

10:50–11:10 **Discussion**

11:10–11:20 **Break**

- 11:20–12:10 NOVARTIS Satellite Session: (UN)CONTROLLED Conversations — multi-specialist panel on melanoma diagnostics and treatment**
*Moderator: prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski,
Panelists: dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB, dr hab. n. med. Bożena Cybulska-Stopa,
dr hab. n. med. Wojciech M. Wysocki, prof. KAIAFM*
- 12:10–12:20 Break**
- 12:20–14:00 Varia — Polish experience in skin imaging techniques**
*Chairman: prof. dr hab. n. med. Magdalena Czarnecka-Operacz,
prof. dr hab. n. med. Magdalena Lange, prof. dr hab. n. med. Agnieszka Żebrowska, dr hab. n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, prof. UWM*
- 12:20–12:35 Tattoos and some diagnostic procedures including dermoscopy**
dr hab. n. med. Aneta Szczerkowska-Dobosz, lek. Patrycja Rogowska, dr n. med. Martyna Sławińska
- 12:35–12:45 Reflectance confocal microscopy in imaging of mycosis fungoides**
dr n. med. Iwona Czarnecka, dr n. med. Monika Sławińska, dr hab. n. med. Witold Owczarek, prof. WIM
- 12:45–12:55 Usefulness of reflective confocal microscopy in the assessment of photodynamic therapy in the treatment of actinic keratosis**
lek. Ewelina Mazur, lek. Dominika Kwiatkowska, prof. dr hab. n. med. Adam Reich
- 12:55–13:05 Application of reflectance confocal microscopy *in vivo* in the diagnosis of spitzoidal lesions**
dr n. med. Anna Pogorzelska-Antkowiak
- 13:05–13:15 Prospective dermoscopic assessment in acute graft versus host disease**
dr n. med. Anastazja Szlauer-Stefańska, prof. dr hab. n. med. Sebastian Giebel, dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB
- 13:15–13:30 Dermoscopic examination in localized scleroderma**
dr n. med. Anna Michalak-Stoma, lek. Paulina Szczepanik-Kuśak, prof. dr hab. n. med. Dorota Krasowska
- 13:30–13:45 Shear wave elastography application among patients with systemic sclerosis**
lek. Piotr Sobolewski, lek. Monika Dźwigała, dr hab. n. med. Irena Walecka, prof. CMKP
- 13:45–14:00 Discussion**
- 14:00–14:10 Break**
- 14:10–14:35 Lecture sponsored by La Roche-Posay: Modern photoprotection by day and night**
*Wykładowca: dr hab. n. med. Joanna Czuwara,
Chairman: prof. dr hab. n. med. Mariola Marchlewicz, dr hab. n. med. Hanna Myśliwiec, dr n. med. Piotr Szlązak*
- 14:35–14:45 Break**
- 14:45–16:10 New concepts in dermoscopy — think and implement**
Chairman: dr hab. n. med. Beata Kręcisz, dr n. med. Monika Sławińska, dr n. med. Martyna Sławińska
- 14:45–15:05 Lecture under the patronage of FotoFinder: Will artificial intelligence replace the doctor in demoscopic evaluation?**
Dr Julia K. Winkler
- 15:05–15:20 When the dermoscopic algorithm fails**
dr n. med. Martyna Sławińska, dr hab. n. med. Michał Sobjanek
- 15:20–15:35 "Thinking and illumination" in dermoscopy**
lek. Dariusz Czubiński
- 15:35–15:55 Is there a universal diagnostic algorithm in dermoscopy?**
*dr n. med. Monika Sławińska, dr n. med. Iwona Czarnecka,
dr n. med. Elwira Paluchowska, dr hab. n. med. Witold Owczarek, prof. WIM*
- 15:55–16:10 Discussion**
- 16:10 Summary and closing of the conference**
*Zarząd Sekcji DITOS: dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB,
dr hab. n. med. Adriana Rakowska, dr n. med. Monika Sławińska*

PIĄTEK, 1 KWIETNIA 2022 roku
SESJA PLENARNA — NOWOCZESNE TRENDY
W OBRAZOWANIU SKÓRY
PLENARY SESSION — NOVEL TRENDS IN SKIN IMAGING TECHNIQS
godz. 13.00–15.10

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Jacek Szepietowski, Prof. Andreas Blum,
dr hab. n. med. Anna M. Czarnecka, prof. NIO-PIB, dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB

WYKŁAD INAUGURACYJNY I
DERMOSKOPOWE TRENDY W NOWOCZESNEJ ONKOLOGII
INAUGURAL LECTURE I
DERMOSCOPIC TRENDS IN THE CONTEMPORARY ONCOLOGY

Grażyna Kamińska-Winciorek

*Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, Zespół ds. Raka i Czerniaka
Skóry, Narodowy Instytut Onkologii, Państwowy Instytut Badawczy w Gliwicach*

Wstęp: Dermoskopia jako uznana metoda diagnostyczna o wysokiej czułości i swoistości w wykrywaniu złośliwych nowotworów skóry ma już swoją ponad 30-letnią historię. Jako niezbędne narzędzie diagnostyczne w rękach dermatologa umożliwia wstępną diagnostykę różnicową zmian melanocytarnych i niemelanocytarnych, a także dermatoz zapalnych i zakaźnych.

W kontekście tworzenia wielospecjalistycznych zespołów lekarskich odpowiadających za procedury diagnostyczno-terapeutyczne u chorych na złośliwe nowotwory skóry, dermoskopia staje się uniwersalnym narzędziem diagnostycznym w rękach nie tylko dermatologa, ale również chirurga onkologa, onkologa klinicznego czy też radioterapeuty. Uzyskanie wglądu bezpośrednio w zmianę w krótkim czasie niezbędnym do ustalenia wstępnej diagnozy, a także możliwość obiektywnego monitorowania efektów leczenia, czyni dermoskopię atrakcyjną i niezastąpioną metodą diagnostyki obrazowej w nowoczesnej onkologii.

Cel: Celem pracy jest omówienie powyższych trendów zgodnie z aktualnym stanem wiedzy i w oparciu o aktualne publikacje naukowe, opatrzone autorskim komentarzem i prezentacją na podstawie doświadczeń własnych, w tym ikonografii.

Dyskusja: Klasyczne wskazania do oceny dermoskopowej stanowią diagnostyka złośliwych nowotworów skóry — aktualnie nie tylko czerniaka, raków skóry, ale także przerzutów do skóry i tkanki podskórnej złośliwych nowotworów narządów wewnętrznych/nowotworów skóry, a także pierwotnych chłoniaków skóry. Ponadto dermoskopia znajduje zastosowanie również w przedoperacyjnej ocenie marginesów wycięcia nowotworów złośliwych skóry, pooperacyjnej ocenie blizn z określeniem potencjalnej wznowy złośliwego nowotworu skóry. Aktualnie silnie zaznaczającym się trendem jest wykorzystanie dermoskopii w obrazowaniu zmian zachodzących w ogniskach nowotworowych poddawanych wybranej terapii — między innymi radioterapii, brachyterapii, leczeniu miejscowemu za pomocą imikwimodu, jak i również terapii systemowych celowanych molekularnie czy też immunoterapii u chorych na czerniaki skóry i błon śluzowych. Dermoskopia umożliwia ponadto obrazowanie efektów powyższych terapii, do których należą między innymi występowanie działań niepożądanych (toksyczności skórnych), czy też zmiany dermoskopowe zachodzące w znamionach melanocytarnych ulegających np. regresji podczas leczenia celowanego/immunoterapii u chorych na czerniaka.

Wnioski: Dermoskopia jest nowoczesnym narzędziem w diagnostyce różnicowej ognisk pierwotnych, przerzutowych czy też toksyczności skórnych w grupie chorych onkologicznych, jak i również w monitoroskopii polegającej na ocenie efektów wdrożonego leczenia onkologicznego.

WYKŁAD INAUGURACYJNY II
TRICHOSKOPIA — CO NOWEGO?
INAUGURAL LECTURE II
TRICHOSCOPY — WHAT'S NEW?

Lidia Rudnicka

Streszczenia nie nadesłano.

INAUGURAL LECTURE III
THE MOST CHALLENGING CASES OF MELANOMA
WYKŁAD INAUGURACYJNY III
NAJTRUDNIEJSZE PRZYPADKI CZERNIAKA

Andreas Blum

Public, Private and Teaching Practice of Dermatology Konstanz, Germany

The main challenge is not to overview a melanoma or another skin cancer. That means the “management decision” must be as best as possible for the patients. In the second step the “diagnostic decision” is to diagnose correctly the benign or malignant skin lesion. In these procedures we all clinicians need to be aware that melanomas look like a benign or malignant skin lesion. Thus, this lecture with many dermoscopic images demonstrates the participants the possible wide range of the “chameleon melanoma” in our clinical work.

WYKŁAD INAUGURACYJNY IV
OD GENETYKI DO LECZENIA UZUPEŁNIAJĄCEGO W CZERNIAKU
SKÓRY. WYKŁAD POD PATRONATEM FIRMY MSD
INAUGURAL LECTURE IV
FROM GENETICS TO ADJUVANT TREATMENT FOR SKIN
MELANOMA. GRANT FROM MSD

Anna M. Czarnecka

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy Warszawa

W ciągu ostatniej dekady nowe terapie wprowadzone w leczeniu pacjentów z czerniakiem pozwoliły na znaczną poprawę rokowania tej grupy chorych. Obecnie standardem stało się leczenie za pomocą terapii uzupełniających pacjentów z całkowicie wyciętym czerniakiem w stadium III (przerzuty lokoregionalne) lub IV (przerzuty odległe), według *American Joint Committee on Cancer (AJCC)*. Celem terapii adjuwantowej jest zapobieganie nawrotom choroby. W leczeniu uzupełniającym dla pacjentów z rozpoznaniem czerniaka z mutacją BRAF V600 dostępne są dwie opcje: blokery anty-PD-1 (niwolumab lub pembrolizumab) lub BRAF plus inhibitory MEK (dabrafenib plus trametinib). Wobec braku badań porównawczych trudno jest określić, która z tych opcji jest najlepsza.

W badaniach terapii adjuwantowych drugorzędowe punkty końcowe obejmowały przeżycie bez odległych przerzutów (DMFS). W okresie obserwacji o medianie 3,5 roku leczenia adjuwantowe pembrolizumabem zapewniło klinicznie istotną poprawę DMFS u chorych na czerniaka wysokiego ryzyka w stopniu III (badanie EORTC 1325-MG/Keynote 054). U pacjentów z czerniakiem w stopniu zaawansowania od IIA do IIC śmiertelność specyficzna dla czerniaka wynosi od 12% do 25% w ciągu 10 lat i również w tej grupie chorych prowadzone są badania nad leczeniem uzupełniającym. W pierwszym randomizowanym badaniu klinicznym III fazy (KEYNOTE-716 — NCT03553846) dotyczącym czerniaka w stadium II wykazano 35% zmniejszenie ryzyka nawrotu po zastosowaniu uzupełniającego pembrolizumabu w porównaniu z placebo. Wybór leczenia uzupełniającego ma istotny wpływ na wybór kolejnych linii leczenia

w przypadku rozsiewu. Obecnie rozwijane są testy oparte na profilu ekspresji genów (GEP) w celu optymalizacji wyboru terapii adjuwantowej. Rozwijany jest obecnie między innymi test ekspresji genów DecisionDx-Melanoma. Test ten został opracowany w celu określenia ryzyka rozwoju przerzutów odległych, a jego zastosowanie pozwala na stratyfikację pacjentów w grupach niskiego ryzyka (Klasa 1A), pośredniego (Klasa 1B, 2A) lub wysokiego (Klasa 2B) ryzyka wystąpienia przerzutów w ciągu pięciu lat od rozpoznania czerniaka. Test profilowania ekspresji 11 genów został zwalidowany u pacjentów z czerniakiem. Stosując punkt odcięcia wynoszący ≤ 0 , test może zidentyfikować kohorty pacjentów z 10-letnim prawdopodobieństwem przeżycia znacznie powyżej 90%. Informacje te mogą być wykorzystane przy podejmowaniu decyzji dotyczących potencjalnej terapii uzupełniającej.

CZĘŚĆ I: MIKROSKOPIA KONFOKALNA JAKO NIEZBĘDNE NARZĘDZIE DIAGNOSTYCZNE

PART I: REFLECTANCE CONFOCAL MICROSCOPY AS AN ESSENTIAL DIAGNOSTIC METHOD

godz. 15.20–17.45

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Anna Nasierowska-Guttmejer, dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB, dr hab. n. med. Adriana Rakowska, dr n. med. Monika Słowińska

LECTURE UNDER THE PATRONAGE OF VIVASCOPE: DROP THE LINE: CONFOCAL MICROSCOPY; AN UPDATE „RZUĆ LINIĘ” — NOWOŚCI W REFLEKSYJNEJ MIKROSKOPII KONFOKALNEJ

Giovanni Pellacani

Streszczenia nie nadesłano.

„PIĘKNA I BESTIA” W MIKROSKOPII KONFOKALNEJ “BEAUTY AND THE BEAST” IN CONFOCAL MICROSCOPY

Monika Słowińska, Iwona Czarnecka, Witold Owczarek

Klinika Dermatologiczna WIM, Warszawa

Wstęp: Refleksyjna mikroskopia konfokalna (RCM, *reflectance confocal microscopy*) jest nieinwazyjną *in vivo* metodą diagnostyczną mającą zastosowanie w diagnostyce barwnikowych i bezbarwnikowych nowotworów skóry.

Cel: Przedstawienie zalet i ograniczeń mikroskopii konfokalnej w diagnostyce niejednoznacznych dermoskopowo/klinicznie zmian skórnych.

Materiał i metody: Prezentacja serii przypadków wraz z komentarzem na podstawie przeglądu literatury bazy PubMed

Wyniki: Refleksyjna mikroskopia konfokalna posiada swoje ograniczenia, które wynikają z aspektów technicznych urządzenia, z lokalizacji i morfologii zmiany skórnej i z samych warunków badania (obecność obrzęku limfatycznego, stanu zapalnego, owrzodzenia). Istotną rolę RCM jest diagnostyka trudnych do rozpoznania czerniaków, do których zaliczyć można mikroczerlaki, czerniaki powstałe na podłożu przewlekłego fotouszkodzenia skóry (umiejscowione zarówno na twarzy, jak i w lokalizacji tka zwanej pozatwarzowej). W części przypadków RCM jest także wsparciem w rozpoznawaniu zmian spitzoidalnych, bezbarwnikowych czerniaków szerzących się powierzchownie, a nawet desmoplastycznych. Odróżnienie „pięknej” od „bestii” wśród zmian skórnych o podobnej, zarówno łagodnej jak i atypowej, morfologii decyduje o redukcji ilości zmian melanocytowych skierowanych do dalszego monitoringu dermoskopowego lub wycięcia chirurgicznego. Ten ostatni aspekt ma szczególne znaczenie w przypadku zmian o większym rozmiarze zlokalizowanych na twarzy lub dla pacjentów z licznymi znamionami i tendencją do zaburzonego gojenia ran.

Wnioski: Mikroskopia konfokalna jest nieinwazyjną metodą diagnostyczną, która stosowana komplementarnie z dermoskopią i badaniem klinicznym, znacznie poprawia wskaźniki czułości i swoistości każdego etapu badania zastosowanego osobno.

TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE W ROZPOZNAWANIU Wczesnych CZERNIAKÓW — OKIEM PATOMORFOLOGA DIAGNOSTIC DIFFICULTIES IN DIAGNOSING EARLY MELANOMAS — FROM THE PATHOLOGIST'S POINT OF VIEW

Anna Nasierowska-Guttmejer

Uczelnia Łazarskiego Wydział Medyczny w Warszawie
Zakład Patomorfologii CSK MSWiA Warszawa

Praca „Trudności diagnostyczne w rozpoznawaniu wczesnych czerniaków — okiem patomorfologa” została opublikowana na stronach 1–2 niniejszego wydania.

REFLEKSYJNA MIKROSKOPIA KONFOKALNA W DIAGNOSTYCE PĘCHERZYCY ZWYKŁEJ I LIŚCIASTEJ CONFOCAL MICROSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF PEMPHIGUS VULGARIS AND FOLIACEUS

Marta Kurzeja, Lidia Rudnicka, Małgorzata Olszewska

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Refleksyjna mikroskopia konfokalna (RCM, *reflectance confocal microscopy*) jest nieinwazyjną metodą diagnostyczną umożliwiającą wizualizację naskórka i skóry właściwej z prawie histologiczną rozdzielczością w czasie rzeczywistym. Refleksyjna mikroskopia konfokalna stosowana jest w diagnostyce czerniaka i innych nowotworów skóry, a w ostatnich latach znajduje także coraz szersze zastosowanie w diagnostyce autoimmunologicznych chorób pęcherzowych skóry.

Celem pracy była ocena zmian skórnych oraz skóry pozornie niezmięnionej bezpośrednio graniczącej ze zmianami skórnymi u pacjentów z pęcherzycą zwykłą i liściastą na przekrojach optycznych uzyskanych refleksyjnym mikroskopem konfokalnym. Ponadto celem pracy była także ocena możliwości wykorzystania RCM do różnicowania pęcherzycy zwykłej i liściastej. Wykonano badanie RCM: 36 zmian skórnych u 18 pacjentów z pęcherzycą zwykłą oraz 29 zmian skórnych u 12 pacjentów z pęcherzycą liściastą. Wykonano również badanie RCM skóry bezpośrednio graniczącej z 27 zmianami skórnymi u 18 pacjentów z pęcherzycą zwykłą oraz z 25 zmianami skórnymi u 11 pacjentów z pęcherzycą liściastą. Przeprowadzone badania wykazały, że charakterystyczną cechą RCM zmian skórnych w pęcherzycy jest obecność śródskórnokowych pęcherzy zawierających komórki akantolityczne i komórki zapalne. Śródskórnokowe pęcherze stwierdzono w pęcherzycy zwykłej wyłącznie w warstwie kolczystej naskórka [47,2% (17/36)], natomiast w pęcherzycy liściastej wyłącznie w warstwie ziarnistej naskórka [58,6% (17/29)]. Ponadto poszerzone naczynia krwionośne występowały w obrębie zmian skórnych

w 61,1% (22/36) przypadków u pacjentów z pęcherzycą zwykłą i w 86,2% (25/29) przypadków u pacjentów z pęcherzycą liściastą. W skórze klinicznie zdrowej, bezpośrednio graniczącej ze zmianami skórnymi, stwierdzono akantolizę w warstwie kolczystej w 29,6% (8/27) badań u pacjentów z pęcherzycą zwykłą oraz w warstwie ziarnistej w 20,0% (5/25) badań pacjentów z pęcherzycą liściastą. W tej lokalizacji uwidoczniło się również poszerzone naczynia krwionośne w 44,4% (12/27) przypadków pęcherzycy zwykłej oraz w 64,0% (16/25) przypadków pęcherzycy liściastej. Refleksyjna mikroskopia konfokalna może być wykorzystana jako nieinwazyjna metoda diagnostyczna pęcherzycy. Ponadto metoda ta umożliwia wstępną diagnostykę różnicową pęcherzycy zwykłej i liściastej. Nadal jednak podstawą rozpoznania pozostają badania immunologiczne.

WIDEODERMOSKOPIA I MIKROSKOPIA KONFOKALNA JAKO PRZYDATNE NARZĘDZIA W DIAGNOSTYCE RÓŻNICOWEJ CHOROBY OWŁOSIONEJ SKÓRY GŁOWY VIDODERMOSCOPY AND REFLECTANCE CONFOCAL MICROSCOPY (RCM) AS USEFUL TOOLS IN DIAGNOSTICS OF HAIRY SCALP DISEASES

Dominika Kwiatkowska, Ewelina Mazur, Adam Reich

Zakład i Klinika Dermatologii, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

Wstęp: Refleksyjna mikroskopia konfokalna (RCM, *reflectance confocal microscopy*) jest nowoczesną, nieinwazyjną metodą diagnostyczną umożliwiającą wizualizację w czasie rzeczywistym naskórka oraz górnych warstw skóry właściwej. Doniesienia ostatnich lat pokazują, iż metoda ta może stanowić pomocne narzędzie w diagnostyce różnicowej chorób owłosionej skóry głowy. Łączne zastosowanie dermoskopii i RCM może znacznie polepszyć czułość i swoistość diagnostyczną w tej grupie pacjentów.

Cel: Celem pracy było wykazanie przydatności nowoczesnych metod obrazowania (dermoskopii i RCM) w diagnostyce różnicowej chorób owłosionej skóry głowy.

Materiał i metody: Analiza obejmowała grupę pacjentów z łysieniem plackowatym, wyłysiającym zapaleniem mieszków włosowych, liszajem płaskim mieszkowym oraz łysieniem czołowym bliznowaciejącym, leczonych w Klinice Dermatologii w Rzeszowie. Do nieinwazyjnej oceny owłosionej skóry głowy wykorzystano wideodermatoskop VISIOMED D200EVO oraz Mikroskop Konfokalny VivaScope 1500.

Wyniki: We wszystkich zaprezentowanych przypadkach użycie nieinwazyjnych technik diagnostyki obrazowej pozwoliło na wyodrębnienie charakterystycznych dla danej jednostki chorobowej wzorców.

Wnioski: Wyniki obserwacji wskazują, że skorelowane użycie mikroskopii konfokalnej oraz dermoskopii znacząco poprawia dokładność diagnostyczną w różnicowaniu chorób owłosionej skóry głowy.

TYPOWE I NIETYPowe OBlicZA RAKÓw PODSTAWNOKOMÓRKOWYCH W REFLEKSYJNEJ MIKROSKOPII KONFOKALNEJ TYPICAL AND ATYPICAL FACES OF BASAL CELL CARCINOMAS IN CONFOCAL MICROSCOPY

Klaudia Dopytalska, Irena Walecka, Agata Mikucka-Wituszyńska

Klinika Dermatologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Rak podstawnokomórkowy (BCC, *basal cell carcinoma*) to najczęstszy rak skóry, a także najczęstszy nowotwór złośliwy. Klinicznie manifestuje się jako blaszka lub guzek różowo-czerwonej barwy, często z perłkowatym wałem, nadżerką lub owrzodzeniem powierzchni. Wyróżnia się kilka postaci BCC, między innymi: powierzchniową, guzkową, barwnikową, twarżinopodobną i wrzodziejącą, które charakteryzują się różnym obrazem klinicznym i dermoskopowym. W większości przypadków badanie dermoskopowe pozwala na postawienie prawidłowej diagnozy, jednakże w wątpliwych lub nietypowych przypadkach refleksyjna mikroskopia konfokalna *in vivo* (RCM, *reflectance confocal microscopy*) może być przydatna w celu ustalenia właściwego rozpoznania i dalszego postępowania. Refleksyjna mikroskopia konfokalna (RCM) jest także użyteczna w wyznaczeniu granicy cięcia chirurgicznego oraz w monitorowaniu leczenia. Do najważniejszych cech raka podstawnokomórkowego w refleksyjnej mikroskopii konfokalnej należy obecność wysp komórek nowotworowych (tak zwane czarne sylwetki w przypadku niebarwnikowych postaci BCC) z palisadowo ułożonymi komórkami nowotworowymi, wydłużenie komórek naskórka z polaryzacją jąder, *clefing* (szczeliny położone na obwodzie wysp z komórek nowotworowych wynikających z gromadzenia się mucyny) oraz liczne wydłużone naczynia krwionośne. W postaciach barwnikowych obserwowane są jasne wyspy z obecnością komórek dendrytycznych. W rzadkich postaciach BCC takich jak na przykład *basosquamous cell carcinoma* można zaobserwować również cechy charakterystyczne dla raka kolczystokomórkowego, takie jak poskręcane naczynia krwionośne i zaburzenie prawidłowej architektury naskórka. Zastosowanie refleksyjnej mikroskopii konfokalnej poprawia czułość i swoistość diagnostyczną, a obraz dobrze koreluje z cechami histopatologicznymi badanej zmiany.

CZĘŚĆ II: DERMOSKOPIA ZMIAN W SZCZEGÓLNEJ LOKALIZACJI PART II: DERMOSCOPY OF LESIONS IN A SPECIAL LOCATION

godz. 17:55–19.45

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Beata Bergler-Czop, dr hab. n. med. Adriana Rakowska, dr hab. n. med. Michał Sobjanek

KORELACJE DERMOSKOPOWO-HISTOLOGICZNE ZMIAN MELANOCYTARNYCH W LOKALIZACJACH SZCZEGÓLNYCH DERMOSCOPIC-HISTOLOGIC CORRELATIONS OF MELANOCYTIC LESIONS IN SPECIAL LOCATIONS

Joanna Czuwara

Streszczenia nie nadesłano.

ZMIANY ŚLUZÓWKOWE MUCOSAL LESIONS

Małgorzata Olszewska

Streszczenia nie nadesłano.

WYKŁAD SPONSOROWANY BRISTOL MYERS SQUIBB: LECZENIE SYSTEMOWE CZERNIAKA ZESZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM OBSZARU GŁOWY I SZYI Z PRZERZUTAMI DO OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO

LECTURE SPONSORED BY BRISTOL MYERS SQUIBB: SYSTEMIC TREATMENT OF MELANOMA WITH PARTICULAR EMPHASIS ON THE HEAD AND NECK AREA WITH METASTASES TO THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM

Katarzyna Kozak

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

W leczeniu systemowym chorych na czerniaka podstawową rolę odgrywa immunoterapia oraz leczenie celowane stosowane w przypadku

obecności mutacji w genie *BRAF*. Przeciwciała anti-PD1 (niwolumab, pembrolizumab) oraz inhibitory BRAF/MEK (dabrafenib + trametynin) stosowane są już w III stopniu zaawansowania jako roczna terapia uzupełniająca po radykalnym leczeniu chirurgicznym. Natomiast u chorych na czerniaka w stadium nieresekcyjnym najczęściej stosowane w I linii jest połączenie przeciwciał anti-PD1 (niwolumab) z anti-CTLA4 (ipilimumab) lub monoterapią anti-PD1 (niwolumab, pembrolizumab). Taka terapia pozwala osiągnąć u 30–50% chorych wieloletnie przeżycia bez konieczności stałego podawania leków. Ponadto u chorych na czerniaka z obecną mutacją w genie *BRAF* skuteczną opcją terapeutyczną jest kombinacja inhibitorów BRAF i MEK (dabrafenib + trametynin, encorafenib + binimetynib, wemurafenib + kobimetynib). Leczenie celowane cechuje wysoka aktywność u chorych na zaawansowanego czerniaka BRAF(+), ale ze względu na mniej trwałe odpowiedzi stosowane jest zwykle po niepowodzeniu immunoterapii. Grupą chorych o szczególnie złym rokowaniu są chorzy z obecnością przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego. Niekorzystne rokowanie chorych można jednak poprawić łącząc leczenie systemowe z metodami miejscowymi. Stąd kluczowe znaczenie ma tu współpraca z radioterapeutami i neurochirurgami.

CECHY DERMOSKOPOWE GUZÓW BRZEGÓW POWIEK — JEDNOOŚRODKOWE BADANIE RETROSPEKTYWNE DERMOSCOPIC CHARACTERISTICS OF EYELID-EDGE TUMORS — A SINGLE-CENTER RETROSPECTIVE STUDY

dr hab. n. med. Michał Sobjanek¹, lek. Karolina Jaworska²,
dr n. med. Martyna Sławińska¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Katedra i Klinika Okulistyki Gdański Uniwersytet Medyczny

Mimo znacznego wzrostu znaczenia dermoskopii w dermatologii onkologicznej, niewiele jest dostępnych informacji dotyczących jej zastosowania w diagnostyce guzów brzegów powiek. W badaniu, prowadzonym w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, analizie klinicznej i wideodermoskopowej poddano 50 guzów obecnych w obrębie brzegów powiek. Wykazano struktury dermoskopowe różnicujące zmiany łagodne od złośliwych oraz zaobserwowano cechy dotychczas nieopisywane w guzach tej lokalizacji. Autorzy podkreślają znaczenie tej metody badania w prowadzeniu wczesnej i nieinwazyjnej diagnostyki.

DERMOSKOPIA GUZÓW SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY DERMOSCOPY OF SCALP TUMORS

Anna Waśkiel-Burnat

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Wprowadzenie: Guzy skóry owłosionej głowy charakteryzują się szerokim i niejednorodnym obrazem klinicznym. Ich cechy charakterystyczne mogą być często odmienne w porównaniu do guzów skóry gładkiej. Rozpoznanie guzów skóry owłosionej głowy może stanowić istotny problem w praktyce klinicznej.

Cel: Podsumowanie objawów dermoskopowych wybranych guzów skóry owłosionej głowy.

Materiał i metody: Dokonano przeglądu piśmiennictwa dotyczącego obrazu dermoskopowego wybranych guzów skóry owłosionej głowy.

Wyniki: W dermoskopii znamion barwnikowych skóry owłosionej głowy najczęściej stwierdza się obecność bezstrukturalnego (77%), globularnego (49%) lub siateczkowatego wzorca (23%). W znamieniu łojowym obserwuje się żółte globule oraz brodawkowate zrazikowate struktury. Do najczęściej występujących objawów dermoskopowych brodawek łojotokowych należą: ujścia pseudomieszków (61%), pseudotorbiele rogowe (47%), struktury przypominające odcisk palca (14%), naczynia typu spinek do włosów (14%) oraz naczynia kropki (14%). Rak podstawnomórkowy skóry owłosionej głowy charakteryzuje się występowaniem niebieskoszarych gniazd (66%), naczyń drzewkowatych (42%), owrzodzeń (37%), struktur typu liścia klonu (29%) oraz struktur typu koła ze szprychami (11%). W dermoskopii raków kolczystokomórkowych skóry owłosionej głowy najczęściej stwierdza się nieregularne linijne naczynia (38%), owrzodzenia (15%) oraz obszary regresji (15%). Do najczęściej występujących objawów dermoskopowych czerniaka skóry owłosionej głowy należą: obszary regresji (51%), białoniebieski welon (37%), obszary hipopigmentacji (37%), plamy (32%), atypowa siatka (32%) oraz pseudosiatka (32%). Naczyniaki wczesnodziejące charakteryzują się obecnością naczyń globularnych, linijnych i przecinkowatych oraz białych i różowych bezstrukturalnych obszarów. Do dermoskopowych objawów przerzutów do skóry owłosionej głowy należą: naczynia serpentynowate (76%), naczynia drzewkowate (53%), naczynia kropki (24%), naczynia przecinki (18%), homogenne różowe obszary (12%) oraz szaroniebieskie owalne gniazda (6%). Pierwotny chłoniak skóry z ośrodków rozmnażania charakteryzuje się obecnością łososiowych obszarów (79%), naczyń serpentynowatych (57%) oraz naczyń drzewkowatych (14%). W dermoskopii naczyńniakomięsaków skóry owłosionej głowy obserwuje się natomiast bezstrukturalne czerwone, purpurowe lub niebieskoczerwone obszary, białe i żółte kropki oraz białe linie.

Wnioski: Dermoskopia jest przydatną metodą w diagnostyce łagodnych i złośliwych guzów skóry owłosionej głowy.

SOBOTA, 2 KWIETNIA 2022

CZĘŚĆ I: DERMOSKOPIA ŁĄCZY SPECJALISTÓW

PART I: DERMOSCOPY CONNECTS SPECIALISTS

godz. 09.00–11.10

Przewodniczący prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski, prof. dr hab. n. med. Waldemar Placek, dr hab. n. med. Bożena Cybulska-Stopa, dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek, prof. NIO-PIB

WSTĘP DO WYKŁADU: OD DERMOSKOPII DO LECZENIA: RAK PŁASKONABŁONKOWY I NEUROENDOKRYNNY SKÓRY — PREZENTACJE DERMOSKOPOWE

LECTURE INTRODUCTION. FROM DERMOSCOPY TO TREATMENT: BASAL CELL CARCINOMA AND CUTANEOUS NEUROENDOCRINE CARCINOMA —DERMOSCOPIC PRESENTATIONS

Grażyna Kamińska-Winciorek

Klinika Transplantacji Szpiku i Onkologematologii, Zespół ds. Raka i Czerniaka Skóry, Narodowy Instytut Onkologii, Państwowy Instytut Badawczy w Gliwicach

Rak płaskonabłonkowy skóry (SCC) jest drugim co do częstości występowania po raku podstawnomórkowym rakiem skóry w populacji kaukaskiej. Dotyczy on również pacjentów z wysokim fototypem skóry, stanowiąc wśród nich 20% wszystkich raków skóry. U mężczyzn nowotwór ten częściej zajmuje skórę głowy i szyi, u kobiet natomiast dotyczy przede wszystkim kończyn dolnych.

Raka płaskonabłonkowego *in situ* (w odmianie Bowena) w dermoskopii cechuje występowanie białych, bezstrukturalnych obszarów oraz naczyń typu kropki i/lub kłębuszkowatych. W jego odmianie barwnikowej wyróżnia się ponadto brązowe lub szare ziarnistości rozmieszczone liniowo i/lub naczynia kłębuszkowate. Inwazyjny SCC charakteryzuje obecność białych mas bezstrukturalnych, centralnego czopa rogowego oraz naczyń typu spinki do włosów i naczyń polimorficznych Naczynia typu kłębuszkowatego oraz typu spinki do włosów występowały częściej w odmianach SCC o umiarkowanym zróżnicowaniu. W niskozróżnicowanych odmianach SCC częściej stwierdza się obecność rumieniowego podłoża, nadżerek i owrzodzeń, a naczynia występują w obszarze obejmującym ponad 50% powierzchni guza.

Rak neuroendokrynnny [rak z komórek Merkla (MCC, *Merkel cell carcinoma*)] cechuje wysoka złośliwość, niska zapadalność i częściej dotyczy on mężczyzn niż kobiet. Nie ustalono typowych cech dermoskopowych dla tego nowotworu, aczkolwiek można stwierdzić mleczno-czerwone obszary, polimorficzne, linijne, nieregularne i drzewkowate naczynia, obszary bezstrukturalne oraz białe, lśniące smugi [4].

Dermoskopia raka płaskonabłonkowego skóry i raka z komórek Merkla stanowi uzupełnienie procesu diagnostycznego w kontekście morfologii klinicznej i badania patomorfologicznego tych trudnych w rozpoznaniu klinicznym nowotworów złośliwych skóry.

Słowa kluczowe: dermoskopia, dermatoskopia, rak płaskonabłonkowy, rak neuroendokrynnny

OD DERMOSKOPII DO LECZENIA: RAK PŁASKONABŁONKOWY I NEUROENDOKRYNNY SKÓRY — CO DERMATOLOG WIEDZIEĆ POWINIEN?

FROM DERMOSCOPY TO TREATMENT: BASAL CELL CARCINOMA AND CUTANEOUS NEUROENDOCRINE CARCINOMA — WHAT SHOULD A DERMATOLOGIST KNOW?

Piotr Rutkowski

Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy Warszawa

Raki skóry stanowią ponad 30–50% wszystkich rozpoznawanych nowotworów złośliwych. Ryzyko zachorowania na te nowotwory w ciągu życia (u osób rasy kaukaskiej) przekracza 20%. Rak kolczystokomórkowy/płaskonabłonkowy (SCC, *squamous cell carcinoma*) jest drugim co do częstości rakiem skóry i odpowiada za około 20% zachorowań. Generalnie

charakteryzuje się dobrym rokowaniem. Nadrzędnym celem postępowania terapeutycznego jest radykalne usunięcie tkanek nowotworowych. Dlatego w pierwszej kolejności należy wybierać metody odznaczające się największą doszczętnością i jednocześnie najmniejszym ryzykiem niepowodzenia miejscowego. Wybór terapii powinien być uwarunkowany: oceną kliniczną, liczebnością i rozmiarami ognisk raków skóry; typem histologicznym; stopniem inwazyjności nowotworu; ryzykiem jego nawrotu miejscowego i odległego; zachowaniem funkcji narządu/części ciała i ostatecznym efektem estetycznym okolicy poddanej leczeniu; skutecznością; tolerancją leczenia; dostępnością danej metody terapeutycznej; stanem sprawności układu odpornościowego pacjenta; indywidualnymi preferencjami pacjenta. W przypadku nieresekcyjnego lub uogólnionego SCC nowym sposobem leczenia jest zastosowanie immunoterapii systemowej (cemiplimab), dostępnej w ramach programu lekowego. Z kolei rak z komórek Merkla (MCC, *Merkel cell carcinoma*) jest bardzo rzadko występującym nowotworem skóry o wysokiej złośliwości, wywodzącym się prawdopodobnie z komórek neuroendokrynnnych (komórek Merkla). U chorych bez stwierdzanych klinicznie lub w badaniach obrazowych przerzutów zalecane jest wykonanie biopsji węzłów wartowniczych. Jedynym lekiem zarejestrowanym w Unii Europejskiej do stosowania w leczeniu dorosłych chorych na MCC z przerzutami jest awelumab.

WSTĘP DO WYKŁADU: WZORCE DERMOSKOPOWE CZERNIAKA LECTURE INTRODUCTION: MELANOMA'S DERMOSCOPIC PATTERNS

Monika Słowińska

Klinika Dermatologiczna WIM, Warszawa

Czerniaki zwykle charakteryzują się nieuporządkowanym rozmieszczeniem struktur i kolorów, co ułatwia ich odróżnienie od większości znamion barwnikowych. Czerniaki szerzące się powierzchownie cechuje wybitna różnorodność strukturalna i kolorystyczna. Istnieją jednak zarówno czerniaki skąpoobjawowe. W rzadkich przypadkach czerniaki mogą mieć symetryczny i uporządkowany wzór, ale te guzy prawie zawsze wykazują jedną z następujących cech: wzór spitzoidalny („wybuch gwiazdy”), siatkę negatywną, niebiesko-czarny lub szary kolor, lśniące białe struktury lub atypowe naczynia. Jedynymi z diagnostycznie najtrudniejszych dla klinicystów są wzorce czerniaka *in situ* oraz powstałego na podłożu skóry o przewlekłym fotouszkodzeniu, które wyróżnia występowanie dyskretnych nagromadzeń barwnika lub zaburzeń siatki przypominających znamiona atypowe, a w ostatnim przypadku bardzo nasilonej regresji. Czerniaki bezbarwnikowe/ubogobarwnikowe wyróżnia polimorfizm naczyń, co najmniej dwa odcienie zabarwienia różowego, bezstrukturalne obszary o zabarwieniu szarym lub brązowym położone asymetrycznie, białe lśniące struktury, regresja przypominające bliznę oraz brak białych globul (struktur prosakopodobnych).

OD DERMOSKOPII DO LECZENIA SYSTEMOWEGO CHORYCH Z ROZPOZNANYM CZERNIAKIEM W STOPNIU III I IV — CO DERMATOLOG WIEDZIEĆ POWINIEN?

FROM DERMOSCOPY TO TREATMENT: SYSTEMIC TREATMENT OF PATIENTS DIAGNOSED WITH STAGE III AND IV MELANOMA — WHAT SHOULD A DERMATOLOGIST KNOW?

Bożena Cybulska-Stopa

Narodowy Instytut Onkologii — Państwowy Instytut Badawczy im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

Wstęp: W ostatnich latach obserwuje się dużą dynamikę wzrostu zachorowań na czerniaki. Według danych statystycznych w Polsce w latach 1980–2010 liczba zachorowań na czerniaki wzrosła 3-krotnie. Należy jednak zauważyć, że mimo wzrostu zachorowań spada śmiertelność z powodu czerniaka, co jest przede wszystkim związane z rozwojem nowych metod terapeutycznych. Postęp w rozumieniu molekularnych mechanizmów zachodzących w komórkach czerniaka oraz interakcji między komórkami układu odpornościowego a komórkami czerniaka przyczynił się do rozwoju zupełnie nowych klas leków: leczenia ukierunkowanego molekularnie oraz immunoterapii.

Omówienie: Dzięki rozwojowi badań molekularnych odkryto obecność specyficznych mutacji w komórkach czerniaka. Dominującym zaburzeniem molekularnym w czerniaku skóry jest mutacja genu kinazy *BRAF*. Mutacje somatyczne *BRAF* (głównie *V600*) obserwuje się w 50–70% czerniaków skóry powstających w miejscach nienarażonych na długotrwałe działanie promieni słonecznych. Wystąpienie mutacji w genie *BRAF* prowadzi do stałej aktywności tego szlaku, co powoduje niekontrolowane podziały komórkowe. W konsekwencji w komórkach czerniaka dochodzi do zmniejszenia apoptozy, zwiększenia potencjału replikacyjnego, zdolności do nacieku innych tkanek oraz do tworzenia przerzutów, jak również nasilenia angiogenezy i unikania odpowiedzi immunologicznej. Obecność aktywującej mutacji *BRAF* jest czynnikiem predykcyjnym odpowiedzi na leczenie z zastosowaniem inhibitorów *BRAF* (i*BRAF*). Zastosowanie i*BRAF*, a następnie kombinacji i*BRAF* z inhibitorami MEK (iMEK) w leczeniu chorych na czerniaki przyczyniło się do znacznego wydłużenia czasu całkowitego przeżycia w tej grupie chorych. Obecnie zostały zarejestrowane przez amerykańską Agencję do spraw Żywności i Leków (FDA, *Food and Drug Administration*) lub/i Europejską Agencję Leków (EMA, *European Medicines Agency*) następujące pary i*BRAF* z iMEK: dabrafenib z trametinibem, encorafenib z binimetynibem oraz wemurafenib z kobimetynibem. Stosowanie i*BRAF*/iMEK jest również związane z występowaniem zupełnie nowych toksyczności, w tym znacznej liczby toksyczności skórnych, które w większości przypadków wymagają konsultacji dermatologicznej. Drugą klasą nowych leków jest immunoterapia, która opiera się na inhibitorach punktów kontrolnych (*immune checkpoint inhibitors*, ICIs). Do ICIs należą przeciwciała przeciwko antygenowi-4 cytotoksycznych limfocytów T (*anti cytotoxic T-lymphocyte antigen 4*, anti-CTLA-4) oraz przeciwciała przeciwko receptorowi programowanej śmierci komórki typu 1/ligandowi programowanej śmierci komórki typu 1 (*anti programmed death receptor-1/ligand-1*, anti-PD-1/anti-PD-L1). Pierwszym zarejestrowanym lekiem z grupy ICIs był ipilimumab (anti-CTLA-4), następnie pojawiły się niwolumab i pembrolizumab (anti-PD-1) oraz następujące ICIs: anti-CTLA-4 (ipilimumab), anti-PD-1 (niwolumab, pembrolizumab, cemiplimab), anti-PD-L1 (atezolizumab, awelumab, durwalumab), połączenie anti-CTLA-4 z anti-PD-1 (ipilimumab z niwolumabem). Zastosowanie ICIs przyczyniło się do znacznej poprawy wyników leczenia u chorych na czerniaki, a w części przypadków doszło nawet do ich całkowitego wyleczenia. Niestety stosowanie ICIs wiąże się również z występowaniem swoistych toksyczności — tak zwanych powikłań immunologicznych (iRAEs, *immune-related adverse events*), które w wielu przypadkach dotyczą również skóry. Uważa się, że za rozwój iRAEs są odpowiedzialne te same mechanizmy, za pomocą których ICIs wywierają działanie przeciwnowotworowe. Są to mianowicie aktywowanie limfocyty T wymykające się osrodkowej kontroli z powodu zahamowania punktów kontrolnych układu odpornościowego. Rozważane są również inne mechanizmy powstawania iRAEs, w tym rozprzestrzenianie się epitopów i dysbioza (zmiana mikroflory naturalnej), które powodują, że produkty pochodzące z mikrobioty są ekspozowane na wrodzone komórki odpornościowe prowadząc do samo aktywacji tych ostatnich.

WYKŁAD SPONSOROWANY FIRMY PIERRE FABRE MEDICAMENT POLSKA: OD DERMOSKOPII DO LECZENIA TOKSYCZNOŚCI SKÓRNYCH W TERAPIACH CZERNIAKA SKÓRY I BŁON ŚLIZOWYCH
LECTURE SPONSORED BY PIERRE FABRE MEDICAMENT POLSKA: FROM DERMOSCOPY TO TREATMENT: SKIN TOXICITIES IN THE COURSE OF CUTANEOUS AND MUCOUS MEMBRANES MELANOMA THERAPY

Grażyna Kamińska-Winciorek

Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, Zespół ds. Raka i Czerniaka Skóry, Narodowy Instytut Onkologii, Państwowy Instytut Badawczy w Gliwicach

Toksyczności skórne występujące w leczeniu systemowym czerniaka zarówno w trakcie terapii ukierunkowanej molekularnie, jak również immunoterapii, należą do toksyczności pojawiających się najwcześniej i najczęściej w porównaniu do powikłań ze strony innych narządów.

W erze zwiększającej się liczby zachorowań na czerniaki skóry i błon śluzowych, wydłużenia czasu całkowitego przeżycia chorych, a także dostępnymi terapiami systemowymi dla chorych z rozpoznaniem czerniakiem w stopniu III i IV, wymagana od dermatologów jest znajomość nie tylko podstawowych obrazów kliniczno-dermoskopowych toksyczności skórnych, ale również metod ich rozpoznawania i leczenia. Należy bowiem pamiętać, że wybrane toksyczności, jak i również stopień ich nasilenia mogą przyczynić się do przerwania lub nawet zakończenia terapii, która dla chorego jest w pewnych przypadkach jedyną dostępną lub ostatnią linią leczenia.

Zmiany skórne pojawiające się podczas terapii z zastosowaniem inhibitorów *BRAF* (i*BRAF*) mogą mieć dość różnorodny charakter. W zależności od mechanizmów ich powstawania wyróżnia się reakcje zapalne, proliferacji kolczystokomórkowej i melanocytarnej oraz nadwrażliwości. Do najczęściej opisywanych toksyczności skórnych związanych ze stosowaniem i*BRAF* i inhibitorów MEK (iMEK) zalicza się: osutki, świąd, suchość skóry, łysienie, reakcję nadwrażliwości na promieniowanie ultrafioletowe, proliferację kolczystokomórkową oraz zapalenie tkanki podskórnej. Osutki skórne występujące podczas terapii inhibitorami MEK wykazują podobieństwo kliniczne do skórnych toksyczności obserwowanych podczas leczenia inhibitorami receptora naskórkowego czynnika wzrostu (EGFR, *epidermal growth factor receptor*).

Objawy skórne, do których należą: osutki plamisto-grudkowe, osutki grudkowo-krostkowe, zapalenie skóry, świąd oraz odbarwienia skóry przypominające bielactwo, są najczęstszymi powikłaniami immunologicznymi związanymi ze stosowaniem leków z grupy inhibitorów punktów kontrolnych oraz leków hamujących PD-L1.

W leczeniu toksyczności wykorzystuje się leczenie miejscowe i/lub systemowe — w przeważającej części przypadków glikokortykosteroidy. Niezwykle ważną jest również edukacja chorego, rola samobadania oraz profilaktyki wybranych toksyczności skórnych.

Słowa kluczowe: dermoskopia, toksyczności skórne, leczenie, terapie ukierunkowane molekularnie, immunoterapia, czerniak

WSTĘP DO WYKŁADU: OD DERMOSKOPII DO LECZENIA: RAK PODSTAWNOKOMÓRKOWY — PREZENTACJE DERMOSKOPOWE
LECTURE INTRODUCTION. FROM DERMOSCOPY TO TREATMENT: BASAL CELL CARCINOMA — DERMOSCOPIIC PRESENTATIONS

Olga Warszawik-Hendzel

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Rak podstawnokomórkowy (BCC) jest najczęstszym rakiem skóry, ale również najczęstszym nowotworem występującym w populacji kaukaskiej. Charakteryzuje się zazwyczaj wolnym przebiegiem, miejscową złośliwością i niską śmiertelnością.

Rak podstawnokomórkowy, w zależności od podtypu histopatologicznego, w dermoskopii charakteryzuje następującym obrazem: obecność struktur przypominających liście kłonu, cienkich teleangiektazji z jednoczesnym brakiem szaroniebieskich owalnych gniazd, owrzodzenia oraz naczyń drzewkowatych obserwuje się w szerzącej się powierzchownie postaci BCC. Obecność naczyń drzewkowatych jest typową cechą postaci guzkowej BCC z dodatkowo towarzyszącymi szaroniebieskimi owalnymi gniazdami w jego odmianie barwnikowej. W postaci naciekającej występują rozproszone, cienkie teleangiektazje na żółto-czerwonym podłożu. Postać twardzinopodobna charakteryzuje się białym podłożem z podłożem. Dermoskopia raka podstawnokomórkowego pozwala na szybkie, bezinwazyjne rozpoznanie tego nowotworu, co pozwala na wdrożenie dalszego leczenia.

Słowa kluczowe: dermoskopia, dermatoskopia, rak płaskonabłonkowy, rak neuroendokryny

OD DERMOSKOPII DO LECZENIA: RAK PODSTAWNOKOMÓRKOWY
FROM DERMOSCOPY TO TREATMENT: BASAL CELL CARCINOMA

Tomasz Świtaj

Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków
 Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy Warszawa

Leczenie systemowe stosowane jest w nieoperacyjnych miejscowo zaawansowanych postaciach raka podstawnokomórkowego (laBBC) oraz w wariantach przerzutowych (mbBBC). Mnogie zmiany o morfologii BCC,

które również mogą wymagać leczenia onkologicznego, stwierdza się w zespołach dziedzicznych na przykład Gorlina. Dane z literatury wskazują, że postać laBCC może stanowić 1–10% wszystkich postaci raka podstawonokomórkowego, natomiast wariant przerzutowy występuje w granicach 0,0028–0,55% i charakteryzuje się złym rokowaniem z medianą przeżycia całkowitego 8–14 miesięcy i 5-letnim przeżyciem do 10%. W mBCC przerzuty stwierdza się w węzłach chłonnych, kościach, płucach i wątrobie. W większości BCC wykrywa się aktywację szlaku hedgehog (Hh), w około 80% w postaci inaktywacji receptora PTCH1 (*patched 1*) a w około 10–20% w postaci aktywacji receptora SMO (*smoothed*). Efektem hamowania wspomnianego szlaku z użyciem doustnych inhibitorów (wismodegib lub sonidegib) jest istotne klinicznie zmniejszenie zmian nowotworowych. W badaniach klinicznych ERIVANCE i STEVIE oceniano skuteczność wismodegibu w grupach chorych na mBCC lub laBCC (nieresekcyjny lub niekwalifikujący się do radioterapii). Stwierdzono około 33% ORR (odpowiedzi objektywne) w grupie mBCC i około 48% ORR w grupie laBCC (w tym 22% całkowitych odpowiedzi, CR); mediana czasu trwania odpowiedzi wyniosła odpowiednio 14,8 i 26,2 miesiąca, a mediana czasu wolnego od progresji choroby — 9,3 miesiąca w mBCC i 12,9 miesiąca w laBCC. U większości chorych stwierdzano zmniejszanie się rozmiarów zmian nowotworowych. Skuteczność terapii wismodegibem potwierdzono również na grupie chorych z zespołem Gorlina i w opublikowanych doniesieniach z różnych krajów (między innymi z Polski). Do najważniejszych działań niepożądanych wismodegibu należą: utrata masy ciała, smaku, skurcze mięśni i wyłysienie. Leczenie wismodegibem realizowane jest w Polsce w ramach programu lekowego ministerstwa zdrowia. Istnieje istotna potrzeba dalszych możliwości leczenia w wypadku progresji bądź nietolerancji leczenia wismodegibem. Jako II linię leczenia systemowego zarejestrowano w USA i Unii Europejskiej immunoterapię cemiplimabem (przeciwciałem moolokalnale anty-PD1). W badaniu II fazy w grupie 84 pacjentów po wcześniejszym leczeniu inhibitorami szlaku hedgehog oceniano odpowiedzi na leczenie cemiplimabem. W ocenie niezależnych badaczy odpowiedzi objektywne stwierdzono u 26 z 84 pacjentów (31%), w tym 6% CR and 25% PR. Istotne działania niepożądane dotyczyły 48% leczonych chorych, w tym w 25% wynikały one z aktywacji odpowiedzi immunologicznej. Eksploracyjne analizy biomarkerów w tym badaniu nie potwierdziły badania ekspresji białka PD-L1 lub badania obciążenia mutacyjnego TMB (*tumor mutation burden*) do przewidywania odpowiedzi na leczenie lub korzyści klinicznych z zastosowania cemiplimabu w miejscowo zaawansowanym raku podstawonokomórkowym.

WSTĘP DO WYKŁADU: OD DERMOSKOPII DO LECZENIA:

PIERWOTNE T-KOMÓRKOWE CHŁONIAKI SKÓRY

— PREZENTACJE DERMOSKOPOWE

LECTURE INTRODUCTION: FROM DERMOSCOPY TO TREATMENT

— PRIMARY CUTANEOUS T-CELL LYMPHOMAS — DERMOSCOPIC PRESENTATIONS

Martyna Sławińska

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

Rozpoznanie chłoniaków pierwotnie skórnych oparte jest na ocenie klinicznej, histopatologicznej, immunohistochemicznej, molekularnej. W ostatnich latach opublikowano nowe prace analizujące cechy dermoskopowe i trichoskopowe chłoniaków pierwotnie skórnych. W trakcie prezentacji zostaną przedstawione najważniejsze cechy dermoskopowe i trichoskopowe chłoniaków pierwotnie skórnych, których znajomość może okazać się przydatna w codziennej pracy dermatologa-klinicysty.

OD DERMOSKOPII DO LECZENIA CHŁONIAKÓW PIERWOTNYCH SKÓRY

FROM DERMOSCOPY TO THE TREATMENT OF PRIMARY SKIN

LYMPHOMAS

Małgorzata Sokołowska-Wojdyło

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

Diagnostyka dermoskopowa, choć przydatna, w przypadku chłoniaków skóry nadal pozostaje wyzwaniem. Nie zawsze w ziarniniaku grzybiastym (MF, *Mycosis fungoides*) stwierdza się naczynia w kształcie plemników, a w postaci folikulotropowej MF: włosy w kształcie ósemek/nieskończoności. Wynika to z mnogości podtypów MF (oprócz tych

ujętych w klasyfikacji, znane są jeszcze postaci hipopigmentacyjna, typu PPD, typu *keratosis pilaris*, typu brodawkowego i wiele innych. Wpływ na obraz dermoskopowy ma również stopień wysycenia skóry pigmentem i tak w skórze o wysokim fototypie w postaci klasycznej można zauważyć pseudosieć utworzoną z szarobrazowych grudek i kropek, czarne i białe geometryczne linie otaczające bezstrukturalne obszary i otwarte ujście gruczołów ekrynowych. W MF folikulotropowym w skórze o ciemnym zabarwieniu wokół mieszków włosowych widoczne jest fioletowo-czerwone halo, w postaci poikilodermicznej obraz przypomina policiloderma vasculare atrophicans (szczególnie po latach stosowania miejscowo glikokortykosteroidów) i tak dalej. Z kolei w ALCL dermatoskopia uwidacznia różowo-żółte bezstrukturalne obszary z rozgałęzionymi i polimorficznymi naczyniami. W lymphomatoid papulosis — problem jest bardziej skomplikowany ze względu na ewolucję wykwitów — od grudek po guzki, bez lub z rozpadem, bez lub ze strupem, ostatecznie z formującą się blizną/brązowa plamą, co znajduje odzwierciedlenie w dermoskopii. Między innymi z tego powodu średni czas diagnozy pacjentów z MF sięga 3 lat. Pacjenci zgłaszają (zgodnie z badaniem Cognosco), iż zanim byli zdiagnozowani odwiedzili 3 lekarzy (25% z nich — 5 lub więcej). Diagnostyka opiera się o korelację obrazu histopatologicznego z objawami klinicznymi. Często konieczne jest wykonanie kilku biopsji skóry z szerokim panelem barwień immunohistochemicznych. Wciąż mamy w Polsce problem z badaniami molekularnymi, a ocena TOX, CADM1 czy mikroRNA pozostaje w sferze życzeń. Należy określić TNMB gdyż stadium warunkuje wybór metody leczenia, choć nie jest to jedyny czynnik. Decydują również dostępność danej metody terapii w kraju lub danym regionie, odległość miejsca zamieszkania pacjenta od ośrodka leczącego i inne czynniki — w tym socjalne. Wdrażając leczenie należy pamiętać, iż na remisję często czekamy 3 miesiące (o ile choroba gwałtownie nie progresuje). Domeną dermatologów jest terapia miejscowa: glikokortykosteroidy, retinoidy *off label*, chlormetyna (w Polsce dostępna w ramach RDTL). Stosujemy również fototerapię, metotreksat w dawkach jak w łuszczycy, beksaroten oraz, w przypadku CTCL CD30+ — brentuksymab vedotin (dwa ostatnie leki dostępne w programie lekowym). Czasem potrzebujemy wsparcia hematologa lub onkologa — by wdrożyć pegylowany interferon, radioterapię, ECP czy allo-HSCT. Terapie można łączyć, co wspiera uzyskanie remisji u pacjenta. Należy pamiętać, że fakt postawienia diagnozy nie rozwiązuje problemu pacjenta. W wspomnianym badaniu jakości życia Cognosco potwierdzili oni, iż choroba wpływa na ich życie ograniczając ich codzienną aktywność, kontakty z rodziną i znajomymi (co trzeci pacjent ukrywa chorobę, co piąty odczuwa negatywny stosunek kolegów i przełożonych, prawie 50% potwierdza zmniejszenie zarobków o ponad połowę). Ponadto pacjenci wiedzą, jak ta choroba może przebiegać i jak wygląda jej ostatnie stadium — z tego powodu konieczne jest holistyczne wsparcie pacjenta.

TRICHOSKOPIA W ONKOLOGII

TRICHOSCOPY IN ONCOLOGY

Adriana Rakowska

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Trichoskopia jest metodą dermoskopowej oceny łodyg włosowych i skóry głowy. Przede wszystkim jest złotym standardem diagnostycznym różnych postaci łysienia, aczkolwiek znalazła swoje miejsce także w przypadku diagnostyki pacjentów onkologicznych.

Przerzuty nowotworów do skóry głowy klinicznie prezentują się najczęściej jako łysienie ogniskowe, przypominając łysienie plackowate lub łysienie bliznowaciejące. Trichoskopowo mogą być widoczne cechy łysienia bliznowaciejącego lub nie, ale stałym objawem są szerokie i nieregularnie rozmieszczone naczynia. Dodatkowo naciek nowotworowy wokół mieszków włosowych powoduje powstawanie dystroficznych łodyg włosowych. Pacjenci ze szpiczakiem mnogim często odczuwają świąd, także skórę głowy. Trichoskopia może ujawnić obecność hiperkeratycznych kolców w ujściach mieszków włosowych, co może pomóc w ustaleniu diagnozy lub być w przyszłości wykorzystane do monitorowania efektów leczenia. Chłoniaki T-komórkowe skóry dotyczące owłosionej skóry głowy często powodują łysienie. Folikulotropizm skutkuje dystrofią łodyg włosowych (włosy skręcone, włosy ułamane, włosy w kształcie cyfry 8) i specyficznym wzorem naczyniowym o układzie okołomieszkowym.

U pacjentów onkologicznych leczenie cytostatyczne powoduje łysienie anagenowe, którego obraz trichoskopowy jest opisany. Znajomość sekwencji pojawiania się poszczególnych objawów trichoskopowych w przyszłości może być wykorzystana do wprowadzania metod zapobiegających łysieniu anagenowemu.

SESJA SATELITARNA FIRMY NOVARTIS: ROZMOWY (NIE)KONTROLOWANE — PANEL WIELOSPECJALISTYCZNY O DIAGNOSTYCE I LECZENIU CZERNIAKA

NOVARTIS SATELLITE SESSION: (UN)CONTROLLED CONVERSATIONS
— MULTI-SPECIALIST PANEL ON MELANOMA DIAGNOSTICS AND TREATMENT

godz. 11.20–12.10

Moderator: prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski,
Paneliści: dr hab. n. med. Grażyna Kamińska-Winciołek, prof. NIO-PIB,
dr hab. n. med. Bożena Cybulska-Stopa, dr hab. n. med. Wojciech M. Wysocki, prof. KAI AFM

VARIA — DOŚWIADCZENIA POLSKIE W METODACH OBRAZOWANIA SKÓRY VARIA — POLISH EXPERIENCE IN SKIN IMAGING TECHNIQUES

godz. 12.20–14.00

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Magdalena Czarnecka-Operacz, prof. dr hab. n. med. Magdalena Lange,
prof. dr hab. n. med. Agnieszka Żebrowska, dr hab. n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, prof. UWM

TATUAŻ A NIEKTÓRE PROCEDURY DIAGNOSTYCZNE Z UWZGLĘDNIENIEM DERMOSKOPII TATTOOS AND SOME DIAGNOSTIC PROCEDURES INCLUDING DERMOSCOPY

Aneta Szczerkowska-Dobosz, Patrycja Rogowska, Martyna Sławińska
Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet
Medyczny

Szacuje się, że obecnie niemal 30% mieszkańców krajów rozwiniętych posiada przynajmniej jeden trwały rysunek na skórze. Obecność tatuaży może utrudniać przeprowadzenie niektórych procedur diagnostycznych. W niektórych ośrodkach tatuaż zajmujący okolice łędźwiową jest przeciwskazaniem do znieczulenia zewnątrzoponowego. Zgodnie z obecną wiedzą odmawianie wykonania znieczulenia zewnątrzoponowego u osób z tatuażem w okolicy nakłucia wydaje się nieuzasadnione. Należy unikać nakłuwania skóry tatuowanej, jeśli jednak wytatuowany obszar skóry to uniemożliwia dopuszczone jest nakłucie poprzez tatuaż.

Rezonans magnetyczny (MRI) jest nowoczesną, nieinwazyjną metodą obrazowania ludzkiego ciała, w szczególności służącą do oceny tkanek miękkich i diagnostyki różnych patologicznych stanów. Do badania istnieje szereg przeciwwskazań, do których zalicza się obecność różnego typu ciał obcych przewodzących prąd elektryczny i/lub wykazujących właściwości ferromagnetyczne. Do cząsteczek o właściwościach ferromagnetycznych należą niektóre pigmenty zawierające tlenki żelaza. Podczas procedury MRI pacjenci z tatuażami mogą odczuwać ciepło, pieczenie, przejściowe zaczerwienienie tatuażu lub skóry otaczającej. Obecnie nie jest możliwe sformułowanie ostatecznych wniosków odnośnie bezpieczeństwa MRI u osób z tatuażami, biorąc jednak pod uwagę sporadyczne występowanie objawów o łagodnym i szybko przemijającym charakterze oraz zazwyczaj poważne zdrowotne wskazania do tej metody diagnostycznej uważa się, że osoby z tatuażami mogą być poddawane badaniu MRI.

Kolejnym diagnostycznym wyzwaniem u osób z tatuażami jest obecność pigmentu w węzłach chłonnych wtórna do migracji barwnika tatuażu, która może imitować wyznakowanie wartowniczego węzła chłonnego (SLN, *sentinel lymph node*). Możliwe konsekwencje tego zjawiska to pominięcie prawdziwego SLN przez operatora, albo przeprowadzenie bardziej rozległej procedury chirurgicznej, niż to jest konieczne.

Istotnym zagadnieniem jest ocena dermoskopowa zmian skórnych w obrębie tatuażu. Potrzeba taka może zaistnieć zarówno w sytuacji, gdy tatuaż wykonano w celu zamaskowania zmiany skórnej,

jak również w przypadku pojawienia się nowej zmiany skórnej w różnym czasie po wykonaniu celowej pigmentacji skóry. W wielu przypadkach postawienie diagnozy będzie trudne ponieważ barwnik tatuażu uniemożliwia wizualizację struktur dermoskopowych. W przypadku licznych zmian barwnikowych obecnych w obrębie tatuażu przydatnym narzędziem może być wideodermoskopia wraz z archiwizacją zmian, która umożliwia porównywanie obrazów klinicznych i dermoskopowych w określonych odstępach czasu, w zależności od liczby zmian oraz osobniczego ryzyka rozwoju nowotworów skóry. Zastosowanie tej metody umożliwia szybsze wykrycie nowych zmian barwnikowych występujących na skórze pokrytej tatuażem.

DIAGNOSTYKA Z UŻYCIEM REFLEKSYJNEJ MIKROSKOPII KONFOKALNEJ W OBRAZOWANIU ZIARNINIAKA GRZYBIASTEGO REFLECTANCE CONFOCAL MICROSCOPY IN IMAGING OF MYCOSIS FUNGOIDES

Iwona Czarnecka, Monika Słowińska, Witold Owczarek
Klinika Dermatologiczna WIM w Warszawie

Mycosis fungoides (MF) to najczęściej rozpoznawany pierwotny chłoniak skóry. Algorytm diagnostyczny obejmuje objawy kliniczne, badanie histopatologiczne, molekularne i immunopatologiczne. Badanie histopatologiczne pozostaje złotym standardem rozpoznania schorzenia. Jednak, zwłaszcza we wczesnych stadiach, konieczne są wielokrotne biopsje. Biorąc pod uwagę, że we wczesnych stadiach MF typowe zmiany występują w naskórku i górnych warstwach skóry właściwej, zastosowanie refleksyjnej mikroskopii konfokalnej (RCM, *reflectance confocal microscopy*) znacznie przyspiesza proces diagnostyczny.

Obecność małych jasnych komórek pomiędzy keratynocytami (limfocyty) w naskórku i na granicy skórno-naskórkowej, pęcherzyko-podobnych ciemnych struktur wypełnionych monomorficznymi słabo refleksyjnymi komórkami w naskórku (mikroropnie Pautriera) oraz słabo refleksyjnych brodawek skórnych (*interface dermatitis*) związanych z obecnością małych słabo refleksyjnych komórek na granicy skórno-naskórkowej stanowią podstawę do podejrzenia ziarniniaka grzybiastego.

Refleksyjna mikroskopia konfokalna jest nieinwazyjną, szybką i powtarzalną metodą obrazowania. Zastosowanie RCM w diagnostyce MF pozwala na celowane wykonanie biopsji w najbardziej reprezentacyjnym dla rozpoznania miejscu, monitorowanie skuteczności leczenia oraz wykrywanie wczesnych objawów nawrotu zmian.

Ograniczeniem metody jest głębokość penetracji oraz brak możliwości określenia atypii badanych komórek. Zastosowanie RCM w diagnostyce i monitorowaniu MF przedstawiamy na podstawie przypadku klinicznego.

ZASTOSOWANIE REFLEKSYJNEJ MIKROSKOPII KONFOKALNEJ W OCENIE SKUTECZNOŚCI TERAPII FOTODYNAMICZNEJ W LECZENIU ROGOWACENIA SŁONECZNEGO USEFULNESS OF REFLECTIVE CONFOCAL MICROSCOPY IN THE ASSESSMENT OF PHOTODYNAMIC THERAPY IN THE TREATMENT OF ACTINIC KERATOSIS

Ewelina Mazur, Dominika Kwiatkowska, Adam Reich

Zakład i Klinika Dermatologii, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

Wstęp: Rogowacenie słoneczne, ze względu na swoje szerokie rozpowszechnienie, a także możliwość przejścia w postać inwazyjną raka kolczystokomórkowego, wymaga leczenia niezależnie od stopnia zaawansowania klinicznego. Nowe techniki obrazowe, takie jak wideodermatoskopia oraz refleksyjna mikroskopia konfokalna (RCM, *reflectance confocal microscopy*) *in vivo*, znacząco zwiększają trafność stawianych diagnoz oraz pozwalają na nieinwazyjną ocenę skuteczności terapeutycznej prowadzonego leczenia.

Cel pracy: Ocena przydatności badania wideodermatoskopowego oraz z wykorzystaniem refleksyjnej mikroskopii konfokalnej (RCM) w leczeniu rogowacenia słonecznego.

Materiał i metody: Do badania włączono pacjentów leczonych z powodu rogowacenia słonecznego w stopniu I–III według Olsena. Zmiany skórne oceniono wideodermatoskopowo oraz z wykorzystaniem RCM przed i po kolejnych zabiegach terapii fotodynamicznej.

Wyniki: Wszystkie oceniane zmiany skórne prezentowały, zarówno w dermatoskopii, jak i w refleksyjnej mikroskopii konfokalnej, typowe cechy charakterystyczne dla rogowacenia słonecznego: w wideodermatoskopii obecność łuski, drobne naczynia faliste, mikroerozje i „objaw truskawki”, z kolei w RCM: ciemne centralne obszary parakeratozy, nacieki z komórek zapalnych w naskórku i skórze właściwej, nieprawidłowy (lub zupełna utrata) układ plastra miodu warstwy kolczystej naskórka, obecność elastazy postłonecznej oraz „odczepionych korneocytów”. Pomimo iż w przypadku 75% zmian badaniem wideodermatoskopowym wykazano całkowite ich ustąpienie po 1. zabiegu terapii fotodynamicznej, to w badaniu RCM nadal stwierdzane były nieprawidłowe cechy świadczące o aktywnym procesie chorobowym. Wskaźniki atypii komórkowej RCM uległy zmniejszeniu we wszystkich badanych zmianach, jednak żadna nie osiągnęła wskaźnika 0, sugerującego pełną remisję, co wskazywało na konieczność dalszego stosowania terapii fotodynamicznej.

Wnioski: Refleksyjna mikroskopia konfokalna w połączeniu z badaniem wideodermatoskopowym stanowi użyteczne narzędzie pomocne w ocenie skuteczności prowadzonej terapii fotodynamicznej w leczeniu rogowacenia słonecznego.

DIAGNOSTYKA ZMIAN SPITZOIDALNYCH Z UŻYCIEM REFLEKSYJNEGO MIKROSKOPU KONFOKALNEGO IN VIVO APPLICATION OF REFLECTANCE CONFOCAL MICROSCOPY IN VIVO IN THE DIAGNOSIS OF SPITZOIDAL LESIONS

Anna Pogorzelska-Antkowiak

EsteDerm NZOZ, Tychy

Wstęp: Zmiany spitzoidalne obejmują szerokie spectrum zmian melanocytowych obejmujące łagodne znamiona Spitz, atypowe znamiona Spitz i spitzoidalnego czerniaka. Największym wyzwaniem diagnostycznym dla dermatologa i onkologa stanowi odróżnienie łagodnego znamienia Spitz od atypowego znamienia Spitz.

Znamiona Spitz po raz pierwszy zostały opisane przez Sophie Spitz w 1948 roku. Spitz opisała 13 przypadków znamion melanocytowych, zwracając uwagę na ich nietypowy obraz kliniczny, jednocześnie nazywając je „czerniakami młodzieńczym”. Zwiększone zainteresowanie tymi znamionami spowodowała obecność atypii w niektórych badaniach histopatologicznych. Znamiona Spitz posiadają cztery podstawowe wzorce dermoskopowe: typu „wybuchu gwiazdy”, homogenne,

z negatywną siatką barwnika i niespecyficzne. Problem diagnostyczny stwarzają przede wszystkim znamiona Spitz z niespecyficznym obrazem klinicznym i dermoskopowym. W takich przypadkach, zwłaszcza u osób dorosłych wykonanie jedynie badania dermoskopowego nie daje podstaw do postawienia ostatecznej diagnozy, jak również nie pozwala na wykluczenie czerniaka. Mikroskopia konfokalna *in vivo* nazywana często „wirtualną biopsją” pozwala na ocenę zmiany melanocytowej *in vivo*, z dokładnością porównywalną z tradycyjnym badaniem histopatologicznym.

Cel pracy: Celem pracy była ocena cech znamion spitzoidalnych w mikroskopii konfokalnej *in vivo*.

Materiał i metody: Analizie w mikroskopii konfokalnej *in vivo* poddano znamiona Spitz. Znamiona oceniano w obrazach uzyskanych na głębokości naskórka, granicy skórno-naskórkowej i w wierzchnich pokładach skóry właściwej. Na każdej z podanych trzech głębokości wykonano tzw. mozaiki (500 μm × 500 μm).

Wyniki: Najczęstsza postać znamienia Spitz cechująca się wzorcem typu „wybuchu gwiazdy” w dermoskopii wykazuje obecność wypustek lub ciałek na obwodzie ciemno wybarwionego znamienia. W badaniu mikroskopowym przeprowadzonym za pomocą mikroskopu konfokalnego *in vivo*, znamię Spitz w obrębie naskórka wykazuje zwykle prawidłowy układ typu „plastra miodu”. Pomiędzy prawidłowymi komórkami naskórka można zaobserwować komórki zapalne jak również resztki keratynocytów. Nie obserwuje się nigdy licznych, okrągłych, pagetoidalnych atypowych komórek. Granica skórno-naskórkowa wykazuje na ogół wyraźnie ograniczone brodawki skórne. Zarówno komórki atypowe jak niewyraźnie ograniczone brodawki skórne są zwykle nieliczne. Znamiona z lekko zaznaczonymi cechami atypii określa się mianem stabilnych. Zazwyczaj dotyczą dzieci poniżej 12. roku życia, stąd w takich przypadkach rekomenduje się jedynie okresową kontrolę zmiany. W wielu przypadkach znamion Spitz, zwłaszcza posiadających dermoskopowo obraz niespecyficzny lub tak zwaną „negatywną” siatkę barwnika, w obrębie naskórka obserwuje się ogniskowe zatarcie jego architektury. Komórki atypowe zarówno dendrytyczne jak i pagetoidalne, okrągłe mogą być dość liczne. Granica skórno-naskórkowa zazwyczaj wykazuje znaczącą liczbę niewyraźnie ograniczonych brodawek skórných. Obserwuje się również liczne komórki atypowe, zarówno pagetoidalne, okrągłe, jak i dendrytyczne. W takich przypadkach badanie RCM nie pozwala na postawienie diagnozy, a tym samym na wykluczenie czerniaka.

Wnioski: Mikroskopia konfokalna *in vivo* jest metodą diagnostyczną, pomocną zwłaszcza w przypadku diagnostyki różnicowej zmian typu „wybuchu gwiazdy”. Diagnostyka różnicowa znamion spitzoidalnych wykazujących w dermoskopii inny obraz dermoskopowy nie daje podstaw do wykluczenia czerniaka. Takie znamiona powinny podlegać usunięciu chirurgicznemu, a ostateczne rozpoznanie może być postawione jedynie na podstawie badania histopatologicznego.

PROSPEKTYWNA OCENA DERMOSKOPOWA W OSTREJ POSTACI CHOROBY PRZESZCZEP PRZECIWKO GOSPODARZOWI PROSPECTIVE DERMOSCOPIE ASSESSMENT IN ACUTE GRAFT VERSUS HOST DISEASE

Anastazja Szlauer-Stefańska, Sebastian Giebel,

Grażyna Kamińska-Winciorek

Narodowy Instytut Onkologii, Państwowy Instytut Badawczy w Gliwicach

Wstęp: Choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (GvHD, *graft versus host disease*) jest jednym z głównych powikłań po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (alloHSCT, *allogeneic hematopoietic stem cell transplantation*). Przedmiotem zainteresowania badaczy są metody diagnostyki nieinwazyjnej, które mogą stanowić szybkie i pewne narzędzie diagnostyczne skórnej postaci GvHD.

Cel pracy: Głównym celem pracy jest określenie cech dermoskopowych charakterystycznych dla ostrej postaci choroby (aGvHD, *acute graft versus host disease*).

Materiał i metody: Pięćdziesięciu kolejnych pacjentów poddanych alloHSCT zostało prospektywnie ocenionych klinicznie i dermoskopowo w 8 punktach czasowych — przed procedurą przeszczepową, następnie w dobie 14 ± 3, 28 ± 7, 56 ± 14, 100 ± 14, 180 ± 14, 270 ± 14 i 365 ± 14 po alloHSCT pod kątem występowania objawów aGvHD. Obrazy dermoskopowe opisano i przeanalizowano według najnowszego konsensusu

Międzynarodowego Towarzystwa Dermoskopowego dotyczącego skórnych zmian nienowotworowych. Grupę kontrolną stanowili pacjenci, u których w okresie obserwacji nie rozwinęła się GvHD.

Wyniki: W trakcie obserwacji u 23 pacjentów (46%) rozpoznano aGvHD. Klinicznie zajęcie skóry stwierdzono w 17 przypadkach aGvHD. Istotnymi pozytywnymi dermoskopowymi predyktorami [iloraz szans, *odds ratio*, OR (95% przedział ufności, CI, *confidence interval*,)] aGvHD były naczynia kropkowane OR 5,3 (3,6–7,8), linijne proste OR 1,9 (2,0–4,2), linijne zakrzywione OR 2,2 (1,6–3,1); naczynia rozmieszczone w skupiskach OR 2,2 (1,4–3,6) lub siateczkowate OR 7,9 (4,4–14,2); ponadto czerwone kropki mieszkowe OR 7,1 (1,3–39,9), biała barwa ośrodkowa OR 3,1 (1,6–6,3) oraz inne struktury białe OR 6,5 (4,0–10,5); predyktorem negatywnym były naczynia rozmieszczone nieswoiście OR 0,4 (0,2–0,6); pole pod krzywą ROC 0,83 (błąd 0,01) — umiarkowana wartość diagnostyczna modelu. Spośród wyżej wymienionych regresorów dodatnich w badaniu poprzedzającym rozpoznanie aGvHD w podobnym odsetku obserwacji stwierdzono występowanie białej barwy ośrodkowej. Nie stwierdzono istotnych różnic w obrazie dermoskopowym skóry u pacjentów z aGvHD w pełnoobjawowym zajęciu skóry w porównaniu do sytuacji niestwierdzenia klinicznego zajęcia skóry, przy zajęciu innych organów.

Wnioski: Niniejsza obserwacja wskazuje na istnienie wzorców dermoskopowych charakterystycznych dla aGvHD. Cechy dermoskopowe charakterystyczne dla aGvHD występują także u pacjentów, u których klinicznie nie stwierdzono zajęcia skóry, a u których rozpoznano aGvHD obejmującą inne organy.

DERMOSKOPOWA DIAGNOSTYKA TWARDZINY OGRANICZONEJ DERMOSCOPIC EXAMINATION IN LOCALIZED SCLERODERMA

Anna Michalak-Stoma, Paulina Szczepanik-Kulak, Dorota Krasowska
Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp: Twardzina ograniczona (LoS, *morphea*, *localized scleroderma*) jest chorobą autoimmunologiczną, której etiologia nie jest w pełni poznana. Rozpoznanie choroby i ocena jej aktywności dokonywane są głównie na podstawie obrazu klinicznego. Wykorzystanie dermoskopii w LoS do tej pory zostało opisane w niewielkiej liczbie publikacji.

Cel: Wykazanie użyteczności badania dermoskopowego w diagnostyce i monitorowaniu zmian skórnych o typie *morphea*.

Materiał i metody: U pacjentów z histopatologicznie potwierdzonym rozpoznaniem LoS, leczonych w Poradni Dermatologicznej Samodzielnego Szpitala Publicznego nr 1 w Lublinie wykonywano badanie wideodermoskopowe w trybie kontaktowo-polarizacyjnym przy użyciu FotoFinder Dermoscope. Badaniu poddawani byli pacjenci ze zmianami zapalnymi, zapalno-stwardnieniowymi oraz zanikowymi. Monitorowano zmiany w przebiegu stosowanego leczenia. Wyboru zmiennych dermoskopowych dokonano na podstawie dostępnego piśmiennictwa dotyczącego dermoskopii LoS. Cechy dermoskopowe korelowano z lokalizacją, wskaźnikiem aktywności choroby, wskaźnikiem uszkodzenia.

Wyniki: Większość ocenianych zmian była aktywna (zapalna i zapalno-stwardnieniowa). W obrębie obserwowanych zmian najwyższą ekspresję wykazywały białe chmury, brązowe obszary bezstrukturalne, linijne rozgałęzione naczynia i naczynia typu kropek. Wykazano dodatnią korelację ze wskaźnikiem aktywności choroby dla cech: białe chmury i linijne naczynia rozgałęzione, natomiast dla wskaźnika uszkodzenia dla brązowych obszarów bezstrukturalnych. Ponadto, obszary rumie-

niowe, linijne naczynia rozgałęzione, naczynia typu kropek i struktury krystaliczne miały istotnie wyższą ekspresję w lokalizacjach uciskowych.

Wnioski: Badanie dermoskopowe w twardzinie ograniczonej może być cennym narzędziem do oceny aktywności i monitorowania zmian oraz mieć istotny wpływ na właściwe decyzje terapeutyczne.

ZASTOSOWANIE ELASTOGRAFII SWE W DIAGNOSTYCE PACJENTÓW Z TWARDZINĄ UKŁADOWĄ SHEAR WAVE ELASTOGRAPHY APPLICATION AMONG PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLEROSIS

Piotr Sobolewski, Monika Dźwigała, Irena Walecka
Klinika Dermatologii CMKP, CSK MSWiA w Warszawie

Wstęp: Twardzina układowa jest rzadką, przewlekłą układową chorobą tkanki łącznej zajmującą zarówno skórę, tkankę podskórną jak i narządy wewnętrzne. Twardzinę układową rozpoznajemy na podstawie kryteriów diagnostycznych ACR/EULAR z 2013 roku, w których stwardnienia skóry zlokalizowane proksymalnie od stawów śródrečno-palczkowych są wystarczające dla rozpoznania choroby. W świetle powyższych wytycznych wydaje się, że to właśnie stwardnienia skóry i tkanki podskórnej są wiodącym i bardzo istotnym kryterium diagnostycznym. Znalazienie zatem obiektywnej metody obrazowania i oceny stwardnień skóry, umożliwiającej w bezinwazyjny sposób zdiagnozowanie twardziny układowej — najlepiej na wczesnym etapie choroby — jest obecnie jednym z najważniejszych zadań dla klinicystów. Używana obecnie metoda Rodnana, jest palpacyjną metodą oceny jakościowej stwardnień skóry i niesie ze sobą wiele wad: czasochłonne badanie 20 obszarów skóry, subiektywna ocena wynikająca z doświadczenia badacza oraz ułomność metody w zakresie badania pacjentów na wczesnym etapie choroby.

Cel: Celem przeprowadzonego badania było zweryfikowanie użyteczności metody ultrasonograficznej elastografii SWE (*shear wave elastography*) skóry u pacjentów z rozpoznaną twardziną układową oraz porównanie jej z obecnie złotym standardem diagnostycznym — skalą Rodnana.

Materiał i metody: U 40 pacjentów z rozpoznaną według obowiązujących kryteriów ACR/EULAR twardziną układową wykonano ocenę stwardnień skóry w 20 lokalizacjach zgodnie z protokołem skali Rodnana oraz w tych samych miejscach przeprowadzono ultrasonograficzną ocenę elastografii SWE (aparatury ultrasonograficznej Toshiba iAplio 900, głowica 5–18 MHz). Identyczne badania wykonano u 28 zdrowych ochotników.

Wyniki: Po opracowaniu i analizie statystycznej przeprowadzonego badania uzyskano następujące wyniki: wartości parametru elastografii SWE były zdecydowanie wyższe u pacjentów z twardziną układową w porównaniu do zdrowej populacji, wyniki parametru SWE były dodatnio skorelowane z odpowiadającymi im wynikiem pomiaru w skali Rodnana oraz u pacjentów z rozpoznaną twardziną układową, u których pomiary w skali Rodnana oceniono na 0 (skóra niezmienniona), wyniki SWE były wyższe niż te uzyskane u osób zdrowych.

Wnioski: Badanie SWE powinno zostać poddane dokładnym dalszym analizom i badaniom jako alternatywna lub nawet zamienna metoda oceny stwardnienia skóry u pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem twardziny układowej. Uzyskane wyniki jednoznacznie wskazują na bardziej obiektywny oraz powtarzalny charakter użytej metody badawczej. Co istotne metoda ta pozwala wykryć zmiany na poziomie subklinicznym — podczas badania pozornie niezmiennionej skóry pod kątem stwardnienia (ocena w skali Rodnana 0) parametry SWE wykazywały statystycznie istotne różnice w porównaniu do skóry osób zdrowych.

Słowa kluczowe: twardzina układowa, stwardnienia skóry, skala Rodnana, elastografia SWE.

WYKŁAD SPONSOROWANY FIRMY LA ROCHE-POSAY: NOWOCZESNA FOTOPROTEKCJA W DZIEŃ I W NOCY LECTURE SPONSORED BY LA ROCHE-POSAY: MODERN PHOTOPROTECTION, DAY AND NIGHT

godz. 14.10–14.35

Wykładowca: dr hab. n. med. Joanna Czuwara

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Mariola Marchlewicz, dr hab. n. med. Hanna Myśliwiec, dr n. med. Piotr Szlązak,

Streszczenia nie nadesłano.

NOWE KONCEPCJE W DERMOSKOPII — PRZEMYSŁ I WDRAŻAJ

NEW CONCEPTS IN DERMOSCOPY — THINK AND IMPLEMENT

godz. 14.45–16.10

Przewodniczący: dr hab. n. med. Beata Kręciś, dr n. med. Monika Słowińska, dr n. med. Martyna Sławińska

LECTURE UNDER THE PATRONAGE OF FOTOFINDER: WILL ARTIFICIAL INTELLIGENCE REPLACE THE DOCTOR IN DERMOSCOPIC EVALUATION? WYKŁAD POD PATRONATEM FIRMY FOTOFINDER: CZY SZTUCZNA INTELIGENCJA ZASTĄPI LEKARZA W OCENIE DERMOSKOPOWEJ?

Julia Winkler

Department of Dermatology, University of Heidelberg, Germany

Skin cancer incidence remains on a high level and early diagnosis is of utmost relevance with regard to the prognosis. For the analyses of clinical and dermoscopic images artificial intelligence (AI)-based systems may be applied. Deep learning convolution neural networks are a subtype of machine-learning algorithms composed of multiple layers forming a network of interconnected neurons, which have proven expert-level performance in dermoscopic image analysis. Several studies have shown that CNN perform on par or even outperform dermatologists in the assessment of images of melanocytic and non-melanocytic skin tumors. Yet, neural networks also show limitations, image artefacts for instance may impair diagnostic specificity. Moreover, diagnostic performance is limited for disease categories with only small numbers of training images. It has been shown that clinicians and AI together perform best, hence combined approaches need to be further evaluated after the approval of the first neural network for the dermoscopic assessment of melanocytic lesions (Moleanalyzer Pro, Fotofinder Systems GmbH, Bad Birnbach, Germany). Moreover, there are studies ongoing on approaches for total body mapping and automated lesions follow-up.

KIEDY ZAWODZI NAS ALGORYTM DERMOSKOPOWY WHEN THE DERMOSCOPIC ALGORITHM FAILS

Martyna Sławińska, Michał Sobjanek

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

Wśród niepowodzeń w diagnostyce czerniaka skóry wymienia się między innymi biologię nowotworu, opóźnienie podjęcia diagnostyki przez pacjentów, ale również błędy lekarzy. Zaliczane są tutaj również czerniaki trudne diagnostycznie, które wymykają się algorytmom dermoskopowym. Podczas prezentacji zostaną przedstawione wskazówki kliniczno-dermoskopowe, pomocne w diagnostyce rzadko występujących wariantów czerniaka.

„MYŚLENIE I OLSNIENIE” W DERMOSKOPII THINKING AND ILLUMINATION IN DERMOSCOPY

Dariusz Czubiński

dermaCLINIC

Proces pozyskiwania i przetwarzania informacji towarzyszy każdej ludzkiej działalności, skierowanej na poznawanie i wyjaśnianie natury obserwowanych zjawisk. W pracy lekarza proces ten zachodzi nieustannie. Zrozumienie tego procesu, jego składowych i związków między nimi, ułatwia skuteczne osiągnięcie celu, jakim jest diagnoza. Myślenie zatem, rozumiane jako świadoma obróbka danych, podlega zasadom porządkującym: obserwację, wybór elementów istotnych, poszukiwanie związków między nimi, sumowanie i ostateczną konkluzję. W przypad-

ku dermoskopii myślenie odpowiada stosowaniu algorytmów. Jest to proces wymagający wysiłku, dlatego nasz umysł stosuje strategię oszczędności energii i posługuje się uogólnieniami, kategoryzowaniem i rutyną. Olsnienie, które oznacza natychmiastowe otrzymanie wyniku z pominięciem żmudnej analizy danych, jest procesem tylko pozornie krótszym i łatwiejszym. W istocie analiza danych zachodzi, lecz nieświadomie. Olsnienie jest zatem procesem oszczędnym, szybkim i mniej pewnym, proces obróbki danych jest bowiem niedostępny, a zatem nie można być pewnym, czy dane są wystarczające a ich analiza prawidłowa. Zarówno myślenie jak i olsnienie są pożytecznymi narzędziami dermoskopisty. Olsnienie doskonale sprawdza się w badaniach przeglądowych (na przykład w okresowych badaniach kontrolnych po przebytych czerniakach) i w badaniach przesiewowych, a także w wyławianiu danych istotnych z natłoku informacji. Myślenie, czyli zastosowanie algorytmów punkt po punkcie, pomaga podejmować decyzje w sytuacjach niepewnych. Autor przedstawia przykłady zastosowania olsnienia i myślenia na konkretnych przykładach obrazów dermoskopowych, sposoby wykrywania niedostatków obu metod i radzenia sobie z nimi.

CZY ISTNIEJE UNIWERSALNY ALGORYTM DIAGNOSTYCZNY W DERMOSKOPII?

IS THERE A UNIVERSAL DIAGNOSTIC ALGORITHM IN DERMOSCOPY?

Monika Słowińska, Iwona Czarnecka, Elwira Paluchowska, Witold Owczarek

Klinika Dermatologiczna WIM, Warszawa

Wstęp: Czerniaki mogą być określone mianem „wielkich imitatorów”, jeśli uwzględnimy ich mnogość i ich prezentację klinicznych i dermoskopowych. Najczęściej występujący typ histologiczny — czerniak szeregający się powierzchownie, jest prawidłowo wykrywany przez najczęściej stosowane algorytmy dermoskopowe.

Cel pracy: Analiza użyteczności algorytmów dermoskopowych w praktyce klinicznej.

Materiał i metoda: Przedstawienie zalet i ograniczeń dostępnych algorytmów dermoskopowych na podstawie analizy serii przypadków czerniaków o odmiennej morfologii oraz przeglądu piśmiennictwa bazy PubMed.

Wyniki: Dotychczas opracowano 10 algorytmów diagnostycznych dla czerniaków skóry gładkiej. Istnieją także pojedyncze algorytmy dedykowane czerniakom bezbarwnikowym, czerniakom umiejscowionych w obrębie twarzy i aparatu paznokciowego. Żaden z algorytmów nie zawiera wszystkich dotychczas opisanych struktur dermoskopowych charakterystycznych dla czerniaków skóry gładkiej, a tylko nieliczne algorytmy uwzględniają wzorzec spitzoidalny. Wydaje się, że te dwa aspekty mogą niekorzystnie wpłynąć na ich wartość diagnostyczną. W procesie diagnostycznym uwzględnić należy czynniki kliniczno-histologiczne, które mogą mieć niekorzystny wpływ na wykrywanie czerniaka i uwidocznienie struktur dermoskopowych. Przykładem mogą być czerniaki niewidoczne z cechami znamieniopodobnymi, desmoplastyczne, bezbarwnikowe szeregające się powierzchownie, powstałe na podłożu przewlekłego fotouszkodzenia skóry, czerniaki guzkowe bez/ubogo-barwnikowe, czerniaki symulujące brodawki łojotokowe, mikroczerniaki oraz przerzuty czerniaka.

Wnioski: Poprawę wskaźników trafności diagnostycznej w rozpoznawaniu poszczególnych typów czerniaków może przynieść dobór odpowiedniego algorytmu, znajomość ich ograniczeń oraz wsparcie mikroskopią konfokalną.