

# Podkarpackie Dni Dermatologii PSORIASIS & LUPUS

Rzeszów, 17–19 marca 2022 roku

## BADANIE KAPILAROSKOPOWE W DIAGNOSTYCE AUTOIMMUNIZACYJNYCH CHOROÓB TKANKI ŁĄCZNEJ

Aleksandra Dańczak-Pazdrowska

*Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*

Od 2013 roku, czyli od momentu wpisania badania kapilaroskopowego w kryteria klasyfikacyjne twardziny układowej, jego miejsce wśród niezbędnych badań diagnostycznych zostało ostatecznie ugruntowane. Utrzymującym się przez lata problemem była jednak standaryzacja badania. Ostatecznie w 2019 roku opracowany został tak zwany algorytm szybkiej ścieżki, mający na celu uproszczenie oceny obrazów kapilaroskopowych. Zatwierdziły go zarówno Europejska Liga Przeciw Reumatyzmowi (EULAR, *European League Against Rheumatism*), jak i Amerykańskie Towarzystwo Reumatologiczne (ACR, *American College of Rheumatology*). Jednocześnie w ostatnich latach pojawia się coraz więcej publikacji dokumentujących znaczenie kapilaroskopii także w innych jednostkach z grupy chorób autoimmunizacyjnych na przykład w zapaleniu skórno-mięśniowym, czy mieszanej chorobie tkanki łącznej. Celem prezentacji jest przedstawienie aktualnych wytycznych dotyczących interpretacji obrazu kapilaroskopowego oraz jego znaczenia w rozmaitych jednostkach chorobowych.

## ROLA KRÓTKICH SZKOLEŃ Z ZAKRESU BADANIA KAPILAROSKOPOWEGO PRZY UŻYCIU RĘCZNEGO DERMATOSKOPU W POPRAWIE BIEGŁOŚCI OCENY MIKROWASKULOPATII W PRZEBIEGU UKŁADOWYCH CHOROÓB TKANKI ŁĄCZNEJ

Bartosz Miziołek, Karina Polak, Aleksandra Frątczak, Kornelia Pietrauska, Katarzyna Strzelczyk, Olga Gorbacz, Beata Bergler-Czop

*Katedra i Klinika Dermatologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach*

Mikrowaskulopatia leży u podłoża układowych chorób tkanki łącznej. Złotym standardem diagnostyki pozostaje kapilaroskopia, ale jej dostępność pozostaje ograniczona. Ocena pętli naczyń przy użyciu ręcznego dermatoskopu stanowi element algorytmów diagnostyki dermatoskopowej znamion barwnikowych. Dermatoscopia pozwala również na szybką ocenę pętli naczyń w obrębie wałów paznokciowych rąk. Celem badania była ocena skuteczności krótkich szkoleń (< 1 h) z zakresu badania kapilaroskopowego przy użyciu ręcznego dermatoskopu w poprawie biegłości oceny mikrowaskulopatii w przebiegu układowych chorób tkanki łącznej.

Badanie przeprowadzono na grupie 30 osób (15 lekarzy rezydentów i 15 studentów medycyny) w Klinice Dermatologii w Katowicach. Po wypełnieniu kwestionariuszy informacyjnych (wykształcenie, ilość lat doświadczenia w ocenie obrazów kapilaroskopowych), uczestnicy badania samodzielnie oceniali 30 obrazów kapilaroskopowych. Następnie uczestniczyli w krótkim szkoleniu (prezentacji multimedialnej) dotyczącym techniki przeprowadzenia badania, prawidłowych i nieprawidłowych obrazów kapilaroskopowych, zastosowania prostego algorytmu różnicującego wzorec twardzinowy i nietwardzinowy w kapilaroskopii według EULAR (*European League Against Rheumatism*). Po szkoleniu badanym ponownie przedstawiono 30 obrazów z prośbą ich oceny. Uzyskane wyniki zestawiono dla każdego uczestnika. Wykazano, że krótkie szkolenie z zakresu kapilaroskopii pozwala w znaczącym stopniu poprawić zdolność klasyfikowania obrazu kapilaroskopowego jako pra-

widłowy lub nieprawidłowy, zwłaszcza w przypadku początkujących lub mało doświadczonych (< 1 rok) oceniających. Standardowe (10-krotne) powiększenie dermatoskopu jest wystarczające dla identyfikacji nieprawidłowych form naczyń i wstępnego różnicowania podłoża objawu Raynauda (pierwotny vs. wtórny). Powiększenie wspomagane podłączeniem dermatoskopu do telefonu komórkowego (smartfona) pozwala również na różnicowanie zaawansowania mikrowaskulopatii w twardzinie układowej.

## KLINICZNA OCENA STAWÓW — WSKAZÓWKI REUMATOLOGA DLA DERMATOLOGA

Magdalena Krajewska-Włodarczyk

*Klinika Reumatologii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie*

Łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS) jest chorobą niejednorodną, łączącą w obrazie klinicznym objawy łuszczycy skóry i paznokci oraz zapalenie stawów obwodowych, krzyżowo-biodrowych i kręgosłupa, zapalenie przyczepów ścięgniastych i palców. Opóźnienie diagnozy i, co jest naturalną konsekwencją, włączenia odpowiedniego leczenia już o sześć miesięcy, może skutkować rozwojem nieodwracalnych zmian strukturalnych w stawach i upośledzeniem funkcji. Dlatego wczesne wykrycie i interwencja terapeutyczna mają kluczowe znaczenie u chorych na ŁZS. Biorąc pod uwagę, że łuszczycyca w ogromnej większości przypadków poprzedza objawy łuszczycowego zapalenia stawów, a częstość występowania zapalenia stawów u chorych na łuszczycę dotyczy nawet 25% chorych, dermatolodzy mają wyjątkową możliwość identyfikowania pacjentów z łuszczycowym zapaleniem stawów na wczesnym etapie choroby, zanim nastąpi trwałe uszkodzenie. Nie zawsze dolegliwości bólowe zgłaszane przez chorych na łuszczycę związane są z łuszczycowym zapaleniem stawów. Umiejętność badania przedmiotowego oraz badanie podmiotowe uwzględniające charakterystyczne objawy związane z procesem zapalnym w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego, w codziennej praktyce klinicznej z pewnością pomaga dermatologom odgrywać aktywną rolę w wykrywaniu łuszczycowego zapalenia stawów. Celem prezentacji jest przedstawienie użytecznych metod oceny klinicznej układu kostno-stawowego z uwzględnieniem najczęstszych dolegliwości ze strony narządu ruchu w praktyce dermatologicznej.

## PERSONALIZED THERAPY IN DISCOID LUPUS ERYTHEMATOUS CICATRICIAL ALOPECIA PATIENTS

Agata Kłosowicz, Maciej Pastuszczyk, Anna Wojas-Pelc

*Department of Dermatology, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland*

Primary cicatricial alopecia (PCA) encompasses a diverse group of inflammatory diseases characterized by the replacement of hair follicle structures by fibrous tissue. The treatment of choice is hydroxychloroquine (HCQ) although not all patients are equally responsive. We hypothesized that dendritic cells (DCs) are implicated in PCA pathogenesis as their expression was upregulated in lesional skin of PCA patients and they might constitute the biological target of HCQ treatment. For these reasons we investigated whether dendritic cells could affect the anti-malarial responsiveness and help differentiating between discoid lupus erythematosus and lichen planopilaris.

In this retrospective cohort study 65 PCA patients (17 presenting with DLE) were grouped accordingly to their response to hydroxychloroquine therapy. Skin biopsies had been taken before the treatment was started. On immunohistochemistry, we analyzed the population and distribution of Langerhans cells, plasmacytoid, myeloid and monocyte-derived dendritic cells by employing antibodies against CD1a, CD11c, CD123, CD206. We have demonstrated that the number of plasmacytoid and myeloid dendritic cells as well as Langerhans cells in lesional skin of HCQ responders was higher in comparison with HCQ non-responders. Moreover, in a predictive model we showed that plasmacytoid dendritic cells might be used as a predictive factor of responsiveness to HCQ. We also demonstrated that almost all subpopulations of dendritic cells were highly expressed in lesional skin of DLE patients in comparison with lichen planopilaris ones.

Finding the pathogenetic pathway of PCA is crucial in developing new treatment strategies for this irreversible condition. The results of this study are important as identifying biomarkers for responsiveness to a HCQ therapy will be helpful to individualize treatment, minimize the side effects and improve patient's compliance.

### POLEKOWY PODOSTRY SKÓRNY TOCZEŃ RUMIENIOWATY ZWIĄZANY Z OMEPRAZOLEM — PRZEDSTAWIENIE PRZYPADKU

Daniel Nolberczak

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

Podostry skórny tocień rumieniowaty (SACLE) charakteryzuje się pierścieniowatymi, rumieniowatymi blaszkami i obecnością przeciwciał anti-Ro (SSA) i anti-La (SSB). Większość przypadków SACLE jest idiopatyczna, ale sporadycznie przypadki mogą być wywołane lekami lub związane z dziedzicznym niedoborem składników dopełniacza. Przedstawiam przypadek SACLE wyindukowanego przez inhibitor pompy protonowej — omeprazol. Tocięń polekowy należy rozważyć we wszystkich nietypowych lub rozległych SACLE.

### ZAJĘCIE UKŁADOWE A SPECYFICZNE ZMIANY SKÓRNE W SLE — WSTĘPNA OCENA AKTYWNOŚCI CHOROBY

Bogdan Kolarz

Klinika Reumatologii, Katedra Chorób Wewnętrznych, Instytut Nauk Medycznych, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

Toczeń rumieniowaty skórny (CLE) może występować jako objaw tocznia rumieniowatego układowego (SLE) lub niezależnie od SLE. Toczeń rumieniowaty skórny (CLE) prezentuje się klinicznie w postaci ostrej (ACLE), najczęściej jako postać zlokalizowana (w postaci rumienia w kształcie motyla na twarzy) lub jako postać uogólniona. Te postacie mają najwyższy współczynnik współwystępowania z SLE. Ich obecność może wyprzedzać wystąpienie zmian układowych. Kolejna prezentacja to postać podostra (SACLE), najczęściej jako tocień obrączkowy lub grudkowo-złuszczający. To około 15% CLE, często z obecnymi przeciwciałami SSA, co ma istotne znaczenie dla prowadzenia ciąży u takich pacjentek. Około 50% z tych chorych będzie prezentować tylko objawy skórne, bez zajęcia narządów. Jest także niejednorodna grupa CLE sklasyfikowana jako postać przewlekła. Najczęściej występuje jako tocień skórny krążkowy lub *lupus tumidus* czy *lupus panniculitis*. Generalnie mają one najmniejszą skłonność do współistnienia z SLE poza postacią *lupus panniculitis*. W podtypie *lupus tumidus* nie stwierdza się współwystępowania z SLE. W okresie diagnozy CLE należy w pierwszej kolejności przeprowadzić badania mające na celu ustalenie czy obecne są cechy zajęcia narządowego, ponieważ determinuje to w ogromnym stopniu rodzaj stosowanego leczenia. Należy wykonać badanie ANA metodą immunofluorescencji pośredniej i ANA z oceną specyficzności metodą ELISA a także oddzielne badania w kierunku dsDNA, stężenia składowych C3 i C3 dopełniacza, analizę moczu, z oceną białkomoczu dobowego, oznaczenie przeciwciał antyfosfolipidowych, stężenia kreatyniny i morfologię krwi obwodowej. W określonych okolicznościach należy także rozważyć wykonanie biopsji diagnostycznej nerki. Tocięń rumieniowaty skórny (CLE) to wielopostaciowy zespół z wieloma trudnościami w diagnostyce, a możliwością występowania wielorakich zmian systemowych jeszcze bardziej utrudnia postępowanie. Często

wymaga współdziałania z lekarzem specjalistą reumatologii w celu zapewnienia najlepszej opieki nad pacjentem.

### ROZBIĘŻNOŚĆ OBRAZU KLINICZNEGO I HISTOPATOLOGICZNEGO W DIAGNOSTYCE TOCZNI SKÓRNEGO — OPIS PRZYPADKU

Anna Czaplicka, Irena Walecka

Klinika Dermatologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie

Obraz kliniczny tocznia rumieniowatego ogniskowego charakteryzuje się występowaniem zmian skórnych o charakterze rumieniowo-naciekowych ognisk zapalnych, w wyniku których dochodzi do przebarwień, zaniku bliznowatego, z towarzyszącą nadwrażliwością na promieniowanie ultrafioletowe.

72-letnia pacjentka ze zmianami rumieniowo-naciekowymi w zakresie skóry twarzy, szyi i dekoltu, występującymi od 12 miesięcy. W badaniu przedmiotowym uwagę zwracało współwystępujące woskowo-żółte zabarwienie skóry twarzy oraz obecność zmian o charakterze zanikowym z tendencją do bliznowacenia. Z wywiadu według pacjentki obserwowane zmiany nasilały się pod wpływem ekspozycji na światło słoneczne. Wysłano podejrzenie tocznia rumieniowatego ogniskowego. Pobrano wycinki skórne do badania histopatologicznego, zlecono badania laboratoryjne w celu wykluczenia współwystępowania tocznia rumieniowatego układowego, wykonano próby świetlne.

Badania laboratoryjne wykazały leukocytozę. Poziom w surowicy antykoagulantu tocznia był podwyższony. Pacjentka nie spełniała kryteriów rozpoznania tocznia rumieniowatego układowego. Wykonane próby świetlne były dodatnie. W badaniu histopatologicznym opisano nasłódek z ogniskową akantozą, spongiozą i wydłużeniem sopl (obraz *pseudocarcinomatous hyperplasia*) wraz z naciekami zapalnymi (odczyn ziarniakowo-neutrofilowy). Obraz mikroskopowy odpowiadał niespecyficznemu odczynowi zapalnemu — wykluczono rozpoznanie tocznia rumieniowatego ogniskowego, jak też sarkoidozy i trądziku różowatego. Poszerzono diagnostykę o dodatkowe badania. Ze względu na stwierdzenie obecności łańcuchów lekkich Kappa oraz obecności frakcji monoklonalnej, u pacjentki wysunięto podejrzenie gammapatii monoklonalnej. Pomimo obrazu klinicznego sugerującego rozpoznanie tocznia skórno-krążkowego, decydujące znaczenie w diagnostyce ma badanie histopatologiczne wycinka z okolicy zmian skórnych. Ponadto konieczna jest diagnostyka różnicowa zmian.

### SIATKOWATA MUCYNOZA RUMIENIOWATA OPORNA NA LECZENIE PREPARATEM HYDROKSYCHLOROCHINY — OPIS PRZYPADKU

Piotr Ciechanowicz, Irena Walecka

Klinika Dermatologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie

Siatkowata mucynoza rumieniowata (REM, *reticular erythematous mucinosis*) jest rzadką postacią pierwotnej mucynozy skórnej, głównie występującą u kobiet. Klinicznie manifestuje się zmianami o charakterze grudek na rumieniowym podłożu, często o siateczkowatym układzie, zlokalizowanych głównie w zakresie środkowej części klatki piersiowej i pleców. Zmianom może towarzyszyć świąd oraz uczucie mrowienia. Dokładna etiologia choroby pozostaje nieokreślona, jednakże rozważa się wpływ zaburzeń w układzie immunologicznym, a także rolę czynników wirusowych.

Celem pracy jest przedstawienie przypadku chorej z rzadką jednostką chorobową — siatkowatą mucynozą rumieniowatą oporną na leczenie preparatem hydroksychlorochiny (terapia pierwszego rzutu).

68-letnia pacjentka ze zmianami rumieniowo-naciekowymi oraz rumieniowo-grudkowymi w zakresie skóry klatki piersiowej (okolica dekoltu), pleców, twarzy oraz owłosionej skóry głowy z towarzyszącym świądem była diagnozowana w kierunku choroby układowej tkanki łącznej. W wywiadzie pierwsze zmiany pojawiły się u pacjentki w sierpniu 2020 roku. Pacjentka była dotychczas leczona miejscowo preparatem mometazonu, doustnie feksofenadyny, prednizonu, hydroksychlorochiny — bez istotnej poprawy.

W trakcie hospitalizacji w Klinice Dermatologii CSK MSWiA w Warszawie na podstawie obrazu klinicznego, badań laboratoryjnych oraz badania

histopatologicznego rozpoznano REM. W leczeniu zastosowano doustnie preparat dapsonu, miejscowo glikokortykosteroidy i preparat takrolimusu, uzyskując znaczną poprawę. Siatkowata mucynozna rumieniowata (REM) jest rzadką chorobą o nietypowym przebiegu, wykazuje kliniczne i histopatologiczne podobieństwo do tocznia rumieniowatego obrzękowego, zapalenia skórno-mięśniowego bądź liszaja śluzowatego. Niekiedy w piśmiennictwie REM przedstawiane jest jak podtyp tocznia skórno-mięśniowego, co sugeruje możliwość zastosowania analogicznych schematów leczenia (w tym preparatu dapsonu) w obu jednostkach chorobowych.

### TERAPIA MIEJSCOWA ŁUSZCZYCY — CZY NADAL ISTOTNA W DOBIE LEKÓW BIOLOGICZNYCH?

Agnieszka Owczarczyk-Saczonek

*Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej Uniwersytet Warmiński-Mazurski w Olsztynie*

Zgodnie z rekomendacjami ekspertów PTD podstawą leczenia łuszczyicy o przebiegu łagodnym (PASI < 10, BSA < 10%) są leki miejscowe. Natomiast w przypadku łuszczyicy umiarkowanej do ciężkiej stanowią uzupełnienie fototerapii lub leczenia ogólnego i przyspieszają czas remisji zmian chorobowych, zwłaszcza w przypadku leków klasycznych o wolnym efekcie działania (MTX, retinoidy).

Jednak leczenie miejscowe obarczone jest pewnymi wadami:

- Aplikowanie preparatów miejscowych na skórę może dla niektórych chorych stanowić w życiu codziennym istotny problem.
- Wady leczenia miejscowego: leki są zbyt tłuste, nieprzyjemny zapach, aplikacja wymaga zbyt dużo czasu (dziegiecie, cygnolina).

Dlatego ostateczny sukces terapeutyczny zależy nie tylko od skuteczności leków, ale także od poprawności stosowania zaleconych leków miejscowych, co przekłada się na motywację chorego do leczenia. Nowoczesne leczenie przeciwłuszczycowe musi być nie tylko skuteczne i bezpieczne, ale musi także spełniać oczekiwania pacjenta dotyczące zarówno formy leku, jego właściwości kosmetycznych, jak i częstości aplikacji. Dobór właściwego leczenia powinien być uzależniony także od postaci i lokalizacji choroby:

- Określonych obszarów (zmiany skóry głowy, twarzy, fałdów/narządów płciowych lub okolic dłoniowo-podeszwy);
- Niektórych objawów (postacie hiperkeratyczne lub hiperzapalne);
- Wieku (skóra do 3 r.ż. jest zdecydowanie bardziej przepuszczalna niż skóra osób dorosłych);
- Równocześnie w terapii podstawowej zaleca się emolienty (poprawa funkcji barierowej, zapobieganie nawrotom, poprawa elastyczności skóry i utrzymanie równowagi mikrobiomu skóry).

W wykładzie przedstawiono zalecenia dotyczące doboru leczenia do określonych postaci choroby oraz doświadczenia własne.

### OBJAWY CHOROÓB REUMATOLOGICZNYCH U DZIECI — WSKAZÓWKI REUMATOLOGA DLA DERMATOLOGA

Zbigniew Żuber

*Katedra Pediatrii Krakowskiej Akademii Andrzeja Frycza-Modrzewskiego, Oddział Kliniczny Reumatologii, Pediatrii i Alergologii, Szpital Dziecięcy św. Ludwika w Krakowie*

W młodzieńczym zapaleniu skórno-mięśniowym (MZSM) występują charakterystyczne zmiany skórne w postaci rumieni, osutek i obrzęków. Najbardziej typowe zmiany skórne to: heliotropowy obrzęk powiek, rumień okularowy (niekiedy w kształcie motyla), obrzęk wargi górnej i nasady nosa, objaw szala i objaw Gottzona. Charakterystycznym objawem jest obrzęk i rumień wólów okołopaznokciowych z żywą bolesnością na ucisk. U części chorych na MZSM w miejscach zmian skórnych rozwijają się troficzne trudno gojące się owrzodzenia, ich zejściem są gładkie okrągłe lub owalne drobne blizny. Znacznie częściej w wieku rozwojowym w porównaniu z dorosłymi chorującymi na zapalenie skórno-mięśniowe występują zwapnienia, waskulopatie, teleangiektazje okołopaznokciowe oraz owrzodzenia dżiąsł. Uogólnienie procesu chorobowego z zajęciem narządów wewnętrznych jest znacznie częstsze u dzieci niż u chorych dorosłych, może sięgać nawet 60–70% chorych. W diagnostyce różnicowej należy wykluczyć: łuszczycę, fotodermatozę, atopowe zapalenie skóry.

Standardem terapeutycznym w przypadkach o ciężkim przebiegu jest podawanie dożylnie preparatów immunoglobulin (IVIg). Należy rozważyć włączenie leczenia IVIg w większości przypadków zapalnych miopatii ze względu na bardzo korzystne efekty leczenia, zarówno w zakresie zmian mięśniowych jak i skórnych, a także ustępowanie zwapnień.

### ROLA DERMATOLOGA W DIAGNOSTYCE CHOROÓB REUMATOLOGICZNYCH U DZIECI

Zbigniew Żuber

*Katedra Pediatrii Krakowskiej Akademii Andrzeja Frycza-Modrzewskiego, Oddział Kliniczny Reumatologii, Pediatrii i Alergologii, Szpital Dziecięcy św. Ludwika w Krakowie*

Znajomość zmian skórnych, często pierwszych objawów choroby, jest niezwykle istotna dla wczesnego rozpoznania układowych chorób tkanki łącznej (UCHTŁ). Zmiany skórne odzwierciedlają stan funkcjonalny i choroby organów wewnętrznych, w wielu przypadkach w reumatologii są podstawą rozpoznania. Prawidłowa ocena skóry całego ciała, błon śluzowych jamy ustnej i narządów płciowych oraz przydatków skóry (włosy, paznokcie) jest podstawowym wsparciem diagnostyki UCHTŁ, ale także koniecznym elementem diagnostyki różnicowej. Ważne jest właściwe opisanie i nazwanie zmian skórnych, specjalistyczna ocena wagi opisywanych zmian oraz określenie dynamiki procesu chorobowego.

Konsultacje dermatologiczne są podstawowym i koniecznym warunkiem procesu diagnostycznego, w tym poza oceną zmian skórnych także biopsje skóry do oceny histopatologicznej oraz zalecenia dotyczące leczenia miejscowego. Najczęstsze jednostki chorobowe stanowiące podstawę współpracy reumatologa dziecięcego i dermatologa to łuszczyca i młodzieńcze łuszczycowe zapalenie stawów (MŁZS) oraz miopatie zapalne, tocznia rumieniowate układowe, układowe zapalenia naczyń, twardzina układowa i twardzina ograniczona. W wielu reumatologicznych zespołach chorobowych potwierdzenie charakterystycznych zmian skórnych jest konieczne do postawienia właściwego rozpoznania, czego najlepszym przykładem jest MŁZS. Różnorodność możliwych zmian „łuszczycowych” wymaga specjalistycznej konsultacji dermatologicznej. Dobra współpraca dermatologa i reumatologa to gwarancja sukcesu diagnostycznego i terapeutycznego u naszych pacjentów.

### GDY TOCZEŃ TOCZY SIĘ POD MASKĄ — OPIS PRZYPADKU

Bartosz Miziołek, Karina Polak, Aleksandra Frątczak, Beata Bergler-Czop

*Katedra i Klinika Dermatologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach*

Pandemia COVID-19 spowodowała powszechne użycie masek, ograniczenie bezpośredniego dostępu do usług medycznych oraz wprowadzenie teleporad zamiast wizyt osobistych. Prezentujemy przypadek 47-letniej pacjentki, która zgłosiła się do Kliniki Dermatologii w maju 2021 roku z powodu ognisk przerzedzenia włosów z towarzyszącą łuską w zakresie skóry owłosionej głowy, od 2 lat bezskutecznie leczonych jako łojotokowe zapalenie skóry — w tym od początku pandemii (marzec 2020 roku) poprzez teleporady. W badaniu trichoskopowym uwidoczono pętle grubych, drzewkowatych, rozgałęziających się naczyń, utratę mieszków włosowych. Dodatkowo podczas osobistego badania pacjentki poproszono o zdjęcie maski — uwidoczono zmiany rumieniowo-naciekowe w rejonie prawego kąta ust, brody oraz pokrytą strupem, rumieniową zmianę na wardze. Pacjentka przyznała, że od 9 miesięcy występują u niej zmiany, o których sądziła, że są opryszczką wargową lub zmianami alergicznymi, związanymi z używaniem maski, jednak podczas badań lekarze nie prosili o zdejmowanie maski. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono obecność przeciwciał przeciwjądrowych o ziarnistym typie świecenia w mianie 1:320. Na podstawie obrazu klinicznego, dermatoskopowego oraz badań laboratoryjnych rozpoznano postać rozsianą tocznia rumieniowatego układowego. W leczeniu zastosowano metyloprednizolon, hydroksychlorochinę, miejscowo klobetazol i takrolimus, uzyskując całkowitą remisję zmian. Stosowanie masek może przyczynić się nie tylko do wystąpienia nowych lub zaostrzenia już istniejących chorób skóry (maskne, trądzik różowaty, łojotokowe zapalenie skóry), ale także do opóźnienia rozpoznania ze względu na brak dostępności zmian w badaniu przedmiotowym i dermatoskopowym, bagatelizowanie przez pacjenta objawów kojarzonych z noszeniem maski, a nie występowaniem choroby.

## TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE W PRZYPADKU PACJENTA Z ZAPALENIEM SKÓRNO-MIĘŚNIOWYM

Kamil Grabowski, Joanna Narbutt, Aleksandra Lesiak

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

Mężczyzna, 21 lat. W wywiadzie upadek z wysokości przed trzema latami, leczenie powikłane zachyłowym zapaleniem płuc; od tego czasu postępujące zaniki mięśniowe, osłabienie mięśni, zmiany skórne, utrata masy ciała. Pacjent był badany przez kilku lekarzy, jednak nie ustalono rozpoznania. Zmiany skórne nie były związane z dolegliwościami mięśniowymi i były leczone miejscowo jako wyprysk. W badaniu na powierzchniach wyprostnych podudzi oraz przedramion sinoróżowe zmiany rumieniowo-złuszczające. Objaw Gottrona nad stawami kolanowymi. Zmiany hiperkeratocytne nad stawami śródrečno-paliczkowymi. Heliotropowy rumień wokół oczu. Masywne zaniki i osłabienie mięśni obręczy barkowej i udowej. Pacjenta konsultowano neurologicznie i reumatologicznie. W badaniach laboratoryjnych: niedokrwistość, zwiększone stężenie gammaglobulin, spośród enzymów mięśniowych zwiększone stężenie dehydrogenazy mleczanowej, z przeciwciał ANA typowych dla DM dodatnie przeciwciała Mi-2 beta, Ku; ujemne badania w kierunku HIV, WZW B i C, kiły, włośnicy. W elektromiografii z badanych mięśni zapisy przedstawiające obraz uszkodzenia pierwotnie mięśniowego. W biopsji skóry i mięśnia obręczy mogące odpowiadać DM; ujemne badanie DIF ze skóry. W TK klatki piersiowej bez zmian śródmiąższowych. W gastrokopii nieszczelność wpustu oraz zapalenie śluzówki żołądka i dwunastnicy; w kolonoskopii bez nieprawidłowości. Pacjent spełnił kryteria diagnostyczne DM według Bohana i Petera. W leczeniu zastosowano MTX, początkowo 10, następnie 15 mg/t., 3 pulsy metyloprednizolonu *i.v.*, przez 3 miesiące prednizon w zmniejszanych dawkach i leczenie miejscowe. W kontrolach w ciągu roku znaczna poprawa sprawności mięśniowej, ustąpienie zaburzeń polykania, częściowe ustąpienie zmian skórnych. W przedstawionym przypadku zwraca uwagę długi okres do ustalenia rozpoznania i włączenia leczenia oraz związek czasowy z urazem.

## METABOLITY BAKTERYJNE JAKO NOWY ELEMENT W PATOFIZJOLOGII TWARDZINY UKŁADOWEJ

Mariusz Sikora, Joanna Giebułtowicz, Brygida Kwiatkowska

Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie

Twardzina układowa jest autoimmunologiczną chorobą tkanki łącznej związaną z postępującym włóknieniem skóry i narządów wewnętrznych. Jednym z nowo charakteryzowanych czynników związanych z rozwojem choroby są zmiany mikrobiomu jelitowego. Wytwarzane przez bakterie metabolity wykazują właściwości prozapalne i powodują uszkodzenie śródbłonna naczyń. Mogą zatem stanowić ogniwo łączące zmiany w składzie mikrobiomu jelitowego z głównymi procesami patofizjologicznymi prowadzącymi do włóknienia w twardzinie układowej. Celem pracy było oznaczenie stężenia metabolitów bakteryjnych (siarczanu p-krezolu, siarczanu indoksyłu oraz tlenu trimetyloaminy) oraz ocena ich związku z cechami klinicznymi i aktywnością twardziny układowej.

Do badania zostało włączonych 60 pacjentów z twardziną układową oraz 60 zdrowych ochotników dobranych pod względem płci, wieku i współczynnika filtracji kłębuszkowej. Stężenie siarczanu p-krezolu, siarczanu indoksyłu oraz tlenu trimetyloaminy we krwi oceniono za pomocą wysokosprawnej chromatografii cieczowej.

U pacjentów z twardziną układową stwierdzono istotnie wyższe stężenie metabolitów bakteryjnych: tlenu trimetyloaminy ( $385,2 \pm 93,5$  vs.  $205,6 \pm 80,7$  ng/ml,  $p < 0,05$ ), siarczanu indoksyłu ( $1096,5 \pm 222,7$  vs.  $605,4 \pm 125,2$  ng/ml,  $p < 0,05$ ), siarczanu p-krezolu ( $5804,4 \pm 684,6$  vs.  $4197,3 \pm 572,5$  ng/ml,  $p < 0,05$ ). Stężenie metabolitów wykazało dodatnią korelację z wskaźnikiem aktywności twardziny układowej według EUSTAR (tlenek trimetyloaminy:  $r = 0,64$ ,  $p < 0,05$ ; siarczan indoksyłu:  $r = 0,72$ ,  $p < 0,05$ ; siarczan p-krezolu:  $r = 0,57$ ,  $p < 0,05$ ). Wśród pacjentów z wyższym stężeniem metabolitów bakteryjnych (3. i 4. kwartyli) znacznie częściej stwierdzano postępujące włóknienie płuc oraz zwiększone stężenie NT-proBNP.

Translokacja metabolitów bakteryjnych ze światła jelit do krwi, może indukować odpowiedź zapalną i wiązać się z aktywnością oraz klinicznymi manifestacjami twardziny układowej.

## TWARDZINA UKŁADOWA — SPOJRZENIE DERMATOLOGA

Dorota Krasowska

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej UM w Lublinie

Twardzina układowa jest chorobą mediowaną immunologicznie o przewlekłym, postępującym przebiegu, prowadzącą do niewydolności wielonarządowej, niepełnosprawności chorych i przyczyniającą się do znacznego obniżenia jakości życia. W rozwoju choroby ważną rolę odgrywają zaburzenia morfologii i funkcji drobnych naczyń krwionośnych, obecność procesu zapalnego, zaburzenia immunologiczne oraz nadmierna synteza kolagenu przyczyniająca się do włóknienia skóry i narządów wewnętrznych. Złożony i zróżnicowany obraz kliniczny chorych wymaga indywidualnego podejścia i współpracy wielospecjalistycznej zarówno na etapie diagnozowania jak i leczenia chorych. W pracy przedstawiono sześć fenotypów choroby wyodrębnionych na podstawie oceny klinicznej i serologicznej 24 parametrów. Dwie zasadnicze grupy przypominały dcSSc i lcSSc, ale zwracała uwagę grupa chorych klasyfikowana jako lcSSc, u których obserwowano wysoki wskaźnik zmian narządowych, obecność przeciwciał anty Topo I i wysoki wskaźnik zgonów.

W twardzinie układowej ważne jest wczesne rozpoznanie, ocena zajęcia procesem chorobowym narządów wewnętrznych, ocena profilu serologicznego, identyfikacja chorych o możliwym ryzyku powikłań narządowych, ocena dynamiki i aktywności choroby i wdrożenie optymalnej terapii.

## ICHTIOL JASNY, OLEJ RZEPAKOWY, Z JAGÓD JAŁOWCA ORAZ Z NASION KONOPI W PIELĘGNACJI SKÓRY PACJENTÓW Z ŁUSZCZYCĄ

Renata Dębowska, Bożena Tyszczyk, Katarzyna Kisiel, Krystyna Romańska-Gocka, Aneta Kołaczek, Katarzyna Rogiewicz, Irena Eris  
Laboratoria Dr Irena Eris, Warszawa

Łuszczyca jest przewlekłą i nawracającą chorobą zapalną skóry, która ma znaczny wpływ na jakość życia pacjentów. W trakcie i po zakończonym leczeniu istotne znaczenie ma odpowiednia pielęgnacja skóry, tak aby zapobiec nawrotom zmian w okresie remisji.

Celem pracy była ocena bezpieczeństwa i skuteczności działania kremu u chorych na łuszczycę, zarówno w fazie zaostrzeń, jak i w okresie remisji klinicznej.

Testowana formuła zawierała 3% oleju rzepakowego, 2% oleju z owoców jałowca, 1% oleju z nasion konopi, 0,3% jasnego ichtioliu i 0,3%, allantoiny oraz 0,25% kwasu salicylowego. Badanie zostało przeprowadzone w grupie 20 pacjentów z łuszczycą plackowatą (28–70 lat): Grupa A — pacjenci ze zmianami łuszcycowymi bez leczenia farmakologicznego ( $n = 9$ ), Grupa B — pacjenci poddani farmakoterapii ogólnoustrojowej lub miejscowej ( $n = 6$ ), Grupa C — pacjenci w okresie remisji ( $n = 5$ ). Produkt stosowano odpowiednio przez okres 3 i 8 tygodni, co najmniej 2 razy dziennie (grupa A/B oraz grupa C). Oceniano VAS, L-PASI dla grupy A i PASI dla grupy B. W grupie C analizowano czas, w którym pojawiły się nowe zmiany (długość okresu remisji po zakończonym leczeniu). Krem był bardzo dobrze tolerowany przez skórę pacjentów. L-PASI uległ redukcji o 20% (pacjenci bez leczenia), a PASI o 69% (pacjenci w trakcie farmakoterapii). Redukcję światła stwierdzono u połowy badanych w grupie A i u 83% badanych w grupie B. Wykazano wydłużenie okresu remisji (pacjenci grupy C) na obszarze ciała z aplikacją kremu w stosunku do obszaru kontrolnego (bez stosowania ocenianego preparatu).

Uzyskane wyniki wskazują, że systematyczne stosowanie kremu na bazie naturalnych emolientów i jasnego ichtioliu oraz kwasu salicylowego zmniejszyło kliniczne objawy łuszczycy i wydłużyło fazę remisji zmian u pacjentów w łagodnym i umiarkowanym przebiegu choroby.



Produkt może być polecany zarówno do pielęgnacji skóry łuszczykowej w okresie remisji, jak i w trakcie farmakoterapii oraz w łagodnym nasileniu zmian nie wymagających leczenia.

### **NIESTANDARDOWY OBRAZ ŁUSZCZYCY: PROSTO O ŁUSZCZYCY LINIJNEJ**

Daniel Nolberczak

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

Chłopiec 15-letni został skierowany do Kliniki Dermatologii w celu konsultacji zmian skórnych o typie grudek rumieniowo-łuszczykających o liniowym ułożeniu. Biopsja skóry ze zmian wskazywała typowe cechy obrazu mikroskopowego łuszczycy, a liniowe ułożenie wzdłuż linii Blaschko pozwoliły postawić diagnozę łuszczycy liniowej, która jest rzadką odmianą łuszczycy. Chociaż histopatologicznie trudno ją odróżnić od zapalnego znamienia brodawkowatego (ILVEN), łuszczyca linijna pojawia się w wieku dorosłym i reaguje na konwencjonalne miejscowe terapie przeciwłuszczycowe.

### **FENOMEN AUTOIMMUNOLOGICZNY — PACJENT Z ŁUSZCZYCĄ, ŁUSZCZYCOWYM ZAPALENIEM STAWÓW, BIELACTWEM ORAZ MIASTENIĄ LECZONY IKSEKIZUMABEM, U KTÓREGO ROZPOZNANO CHOROBY ADDISONA**

Justyna Ceryn, Aleksandra Lesiak, Joanna Narbutt,  
Małgorzata Skibińska, Marcin Noweta

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

W literaturze istnieją liczne doniesienia o związku pomiędzy łuszczycą plackowatą a innymi chorobami autoimmunologicznymi.

53-letni mężczyzna z licznymi chorobami autoimmunologicznymi w wywiadzie (miastenia, łuszczyca, ŁZS, bielactwo) został przyjęty do Kliniki Dermatologii w celu rozpoczęcia leczenia biologicznego łuszczycy. Przy przyjęciu nasilenie zmian skórnych w skali PASI wynosiło 14,3. Wcześniej leczony był bez znaczącej poprawy cyklosporyną oraz acytretyną oraz sekukinumabem w ramach badania klinicznego, z dobrym efektem leczniczym. Podczas hospitalizacji włączono adalimumab, nie uzyskując poprawy w zakresie zmian skórnych w ciągu 12 tygodni. Następnie rozpoczęto terapię iksekizumabem i uzyskano zadowalające wstępne efekty leczenia (PASI 4,2 po 4 tygodniach). W tym czasie pacjent zauważył zwiększoną męczliwość, okresowo występujące zawroty głowy, pojawienie się przebarwień skóry oraz obniżenie ciśnienia tętniczego krwi. Leczenie iksekizumabem wstrzymano, a pacjenta skierowano

do Kliniki Neurologii, gdzie rozpoznano chorobę Addisona. Rozpoczęto leczenie hydrokortyzonem oraz fludrokortyzonem, uzyskując ustąpienie zgłaszanych objawów. Obecnie w terapii łuszczycy stosuje leczenie miejscowe. Planowane jest włączenie leczenia biologicznego efgartigimodem, przeciwciałem monoklonalnym wiążącym noworodkowy receptor Fc i powodującym degradację patogennych przeciwciał IgG skierowanych przeciwko receptorom dla acetylocholino, obecnych w przebiegu miastenii.

Spośród wymienionych chorób autoimmunologicznych, najczęściej opisuje się współwystępowanie łuszczycy z bielactwem. W dostępnym piśmiennictwie opublikowano doniesienia o ośmiu chorych z miastenią i łuszczycą oraz tylko jeden przypadek pacjenta z łuszczycą, ŁZS oraz chorobą Addisona. Zgodnie z naszą aktualną wiedzą, współwystępowanie łuszczycy plackowatej, ŁZS, bielactwa, miastenii oraz choroby Addisona u tego samego pacjenta nie zostało wcześniej opisane.

### **WSPÓLISTNIENIE CHOROBY DUHRINGA I ŁUSZCZYCY PLACKOWATEJ — OPIS PRZYPADKU**

Damian Zimoń, Irena Walecka

*Klinika Dermatologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego,  
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie*

Łuszczyca jest przewlekłą nawrotową chorobą zapalną, należąca do chorób autoimmunologicznych. Częstość występowania choroby w populacji ogólnej wynosi 1–3%. Typowe zmiany skórne mają postać owalnych bądź okrągłych, płaskich grudek z tendencją do zlewania, o dobrze oddzielonych granicach pokrytych srebrzystą łuską. Najczęstsza lokalizacja zmian skórnych obejmuje owłosioną skórę głowy, powierzchnie wyprostne kończyn (łokcie, kolana), okolice krzyżową oraz pośladki.

Do chorób autoimmunologicznych należy również opryszczkowe zapalenie skóry (choroba Dühringa). Zaliczamy ją do grupy chorób pęcherzowych przebiegających z charakterystyczną, polimorficzną osutką świądową. Procesowi autoimmunologicznemu wobec transglutaminaz (TG) w skórze towarzyszy, zwykle klinicznie bezobjawowa lub skąpoobjawowa, glutenozależna enteropatia, czyli choroba trzewna (celiakia). Zmiany skórne występują w postaci zgrupowanych, drobnych grudek i pęcherzyków oraz zmian wtórnych wywołanych drapaniem. Najczęstsza lokalizacja zmian skórnych to wyprostne powierzchnie kończyn (łokcie, kolana, przedramiona) oraz pośladki i okolica łędźwiowo-krzyżowa. W literaturze opisano przypadki współistnienia obu chorób. Wykazano, że obie jednostki chorobowe mają wspólny polimorfizm genetyczny w kilku immunoregulacyjnych genach. Dodatkowo pacjenci z łuszczycą mają większą częstość występowania celiakii niż w populacji ogólnej. W poniższej pracy opisano przypadek 60-letniej kobiety, u której potwierdzono histopatologicznie rozpoznanie łuszczycy oraz immunofluorescencyjnie i histopatologicznie chorobę Dühringa.