

Zjazd Sekcji Forum Młodych

**Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego,
20–21 października 2022 roku**

Streszczenia

SESJA PRAC EKSPERYMENTALNYCH

ZASTOSOWANIE POMIARU BIOIMPEDANCJI W PROCESIE GOJENIA SIĘ OWRZODZENIA U PACJENTA Z CUKRZYCĄ TYPU 1

Magdalena Antoszevska¹, Piotr Spychalski², Wioletta Barańska-Rybak¹

¹Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Trudno gojące się rany stały się istotnym obciążeniem społeczno-ekonomicznym. Ze względu na starzenie się populacji i coraz częstsze występowanie chorób towarzyszących, w krajach rozwiniętych rany przewlekłe stanowią znaczne obciążenie finansowe dla systemu opieki zdrowotnej. Monitorowanie procesu gojenia ran przewlekłych opiera się głównie na ocenie wizualnej i pomiarach przeprowadzanych przez lekarzy lub pielęgniarki, a stosowane metody niejednokrotnie nie są precyzyjne i miarodajne.

Atte Kekonen wraz ze współautorami przedstawił metodę, która opiera się na pomiarze bioimpedancji w obrębie rany oraz skóry nieuszkodzonej przy użyciu płytki z elektrodami oraz urządzenia pomiarowego. Na podstawie zmierzonej przez elektrody wartości przewodności elektrycznej powstaje mapa impedancji rany, na podstawie której obliczany jest wskaźnik stanu rany (WSI). W 2021 roku zaprezentowano wykorzystanie pomiaru bioimpedancji w leczeniu ran przewlekłych u pacjentów z owrzodzeniami żylnymi na podudziach. Elektroniczne opatrunki dotychczas nie były stosowane w innych lokalizacjach oraz u pacjentów z owrzodzeniami o innej etiologii niż niewydolność żylna.

Cel pracy: Celem naszego badania było sprawdzenie wykonalności pomiarów bioimpedancji na stopie oraz analiza uzyskanych danych.

Materiał i metody: Opatrunki elektroniczne do badania pozyskaliśmy od Atte Kekonena. Monitoring procesu gojenia owrzodzenia prowadzono u 37-letniego pacjenta posiadającego owrzodzenie na stopie i chorującego na cukrzycę typu 1. Podczas wizyt w Poradni Chirurgicznej wykonywano pomiary bioimpedancji na początku każdej wizyty. Dane pomiarowe zapisywano w aplikacji mobilnej. Podczas wizyt wykonywano dokumentację fotograficzną. Ranę leczono zgodnie ze strategią leczenia miejscowego ran przewlekłych.

Wyniki: Wykonaliśmy pomiar bioimpedancji łącznie 5 razy (od 11 kwietnia do 15 czerwca). Powierzchnia rany uległa zmniejszeniu. Stwierdzono korelację między wartością WSI, a powierzchnią rany.

Wnioski: Prowadzenie pomiarów bioimpedancji na stopie było możliwe do wykonania. Wartość WSI korelowała ze zmniejszaniem się powierzchni rany. W celu potwierdzenia istotności statystycznej pomiarów bioimpedancji badanie należy wykonać na większej grupie pacjentów.

ROLA MIKROBIOTY JELITOWEJ W ETIOPATOGENIEZIE ŁYSIENIA PŁACKOWATEGO

Karolina Brzychcy¹, Izabela Drózd², Małgorzata Skibińska³, Joanna Narbutt³, Aleksandra Lesiak³

¹Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi

²Katedra Genetyki Klinicznej i Laboratoryjnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

³Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp: Ostatnie lata rozwoju analizy metataksomicznej mikrobiomu bakteryjnego dały nam nową perspektywę oceny wpływu mikrobioty jelitowej na patogenezę chorób skóry. Łysienie plackowate jest niebliznowacjącym wypadaniem włosów, o nieznanym patobiologii. Współczesne hipotezy przypisują rolę w powstawaniu zmian skórnych kombinacji czynników autoimmunologicznych, genetycznych i środowiskowych. Liczne publikacje opisały już rolę mikrobioty jelitowej w etiologii chorób dermatologicznych, takich jak łuszczyca czy trądzik, ale związek między łysieniem plackowatym a dysbiozą jelit nadal pozostaje niejasny.

Cel pracy: Celem naszego badania było opisanie możliwego udziału mikrobioty jelitowej w skomplikowanej patogenezie łysienia plackowatego.

Materiał i metody: Do badania włączyliśmy 25 pacjentów powyżej 18. roku życia, z aktywnymi zmianami łysienia plackowatego i pobraliśmy od nich próbki kału. Próbki przechowywano w zestawie do stabilizacji DNA mikrobiomu i wykorzystując analizę metataksomiczną, sekwencjonując bakteryjny region 16S V3-V4, dokonaliśmy molekularnej identyfikacji mikrobioty jelitowej.

Wyniki: Cztery główne rodzaje stanowiące rdzeń badanego mikrobiomu to: *Lachnocostridium*, *Bifidobacterium*, *Streptococcus* i *Eubacterium*, a trzy główne gromady to: *Firmicutes*, *Proteobacteria* i *Actinobacteria*. Nadreprezentacja *Firmicutes* i *Proteobacteria* w mikrobiocie może sugerować dysbiozę mikrobioty jelitowej dawców. Ponadto zaburzone proporcje poszczególnych rodzajów bakterii w analizowanych próbkach sugerują ogólną utratę bioróżnorodności taksonomicznej.

Wnioski: Niniejsze badanie po raz pierwszy opisuje charakterystykę mikrobiomu jelitowego u pacjentów z łysieniem plackowatym, dostarczając nowych informacji na temat potencjalnej roli dysbiozy jelitowej w jego patogenezie.

BIAŁKO TAU (MAPT), NEPRYLIZYNA (NEP) I ŁAŃCUCH LEKKI NEUROFILAMENTU (NFL) JAKO POTENCJALNE MARKERY CHOROBY NEURODEGENERACYJNYCH W ŁUSZCZYCY

Julia Nowowiejska¹, Anna Baran¹, Justyna Hermanowicz², Beata Sieklucka², Julita A. Krahel¹, Paulina Kiluk¹, Dariusz Pawlak², Iwona Flisiak¹

¹Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

²Zakład Farmakodynamiki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp: Łuszczyca jest jedną z najczęstszych przewlekłych dermatoz o szerokiej współchorobowości. Choroby neurodegeneracyjne charakteryzują się postępującą utratą tkanki nerwowej. Istnieją potencjalne markery takich chorób, których nieprawidłowe stężenie we krwi może wskazywać na zwiększone ryzyko ich rozwoju. Należą do nich m.in. białko tau (MAPT), neprylizyna (NEP) i łańcuch lekki neurofilamentu (NFL). Możliwe powiązania łuszczycy z chorobami neurodegeneracyjnymi nie zostały do tej pory ostatecznie zbadane. Nie przeprowadzono dotąd badań, które miałyby na celu określenie markerów ryzyka wystąpienia takich chorób u pacjentów z łuszczycą.

Cel pracy: Celem pracy była ocena stężeń wybranych białek w surowicy pacjentów z łuszczycą przed i po 12 tygodniach leczenia metotreksatem i acyetryną.

Materiał i metody: Grupę badawczą stanowiło 60 pacjentów z łuszczycą plackowatą, a grupę kontrolną 30 ochotników bez chorób skóry. W surowicy uczestników oznaczono stężenia MAPT, NEP i NFL metodą immunoenzymatyczną.

Wyniki: Odnotowano istotnie statystycznie wyższe stężenia MAPT i NFL oraz niższe NEP u pacjentów w porównaniu z grupą kontrolną. Nie odnotowano istotnej zależności pomiędzy stężeniem białek a czasem trwania łuszczycy, ani bezpośredniej korelacji między stężeniem białek a PASI, jednak u pacjentów z łuszczycą umiarkowaną i ciężką obserwowano wyższe stężenia NFL i niższe NEP. Po leczeniu obserwowano istotny spadek stężenia MAPT i NFL oraz wzrost NEP w stosunku do stanu sprzed terapii. W przypadku MAPT i NEP istotną zmianę ich stężenia odnotowano po leczeniu metotreksatem, a NFL także po acyetrynie.

Wnioski: Biorąc pod uwagę istotnie różne stężenie badanych białek w surowicy pacjentów z łuszczycą w porównaniu z osobami bez dermatoz oraz fakt, że obserwuje się takie zjawisko również u osób z chorobami neurodegeneracyjnymi, należy podejrzewać, że MAPT, NEP i NFL mogą stanowić potencjalne markery zaburzeń kognitywnych u pacjentów z łuszczycą. Stopień nasilenia zmian skórnych wydaje się nie mieć bezpośredniego wpływu na ryzyko rozwoju chorób neurodegeneracyjnych, poza pacjentami o większym nasileniu łuszczycy. Metotreksat mógłby stanowić lek preferowany u pacjentów z podwyższonymi stężeniami NFL i MAPT oraz obniżonym NEP.

ZNACZENIE WYBRANYCH CYTOKIN Z RODZINY INTERLEUKINY 1 W PATOMECHANIZMIE TWARZYNY OGRANICZONEJ

Paulina Ciepłowicz¹, Adriana Polańska², Michał Kowalczyk², Ryszard Żaba², Zygmunt Adamski¹, Aleksandra Dańczak-Pazdrowska¹

¹Katedra Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

²Zakład Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Wstęp: *Morphea* to przewlekła, autoimmunologiczna choroba tkanki łącznej, o nie w pełni wyjaśnionej etiologii. Dostępne dane literaturowe wskazują na udział cytokin z rodziny interleukiny 1 w patomechanizmie chorób przebiegających z włóknieniem, w tym w SSC. Badania wskazują, że rolę w patogenezie *morphea* odgrywa IL-1 β . Znaczenie mogą wykazywać również inne cytokiny z rodziny IL-1 o potencjalnym znaczeniu profibrotycznym jak IL-18 i IL-33.

Cel pracy: W pracy zbadano rolę wybranych cytokin z rodziny interleukiny 1 w patomechanizmie *morphea*.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono na grupie 88 osób, w tym 59 chorych na *morphea* oraz 29 osób, które zostały zakwalifikowane do grupy kontrolnej. Zbadano udział IL-1 β , IL-18 i IL-33 w patomechanizmie *morphea* wykorzystując metodę immunoenzymatyczną ELISA i *real-time* PCR.

Wyniki: W grupie chorych na *morphea* obserwowano niższą ekspresję genów *IL1 beta* i *IL18* w PBMC w porównaniu z grupą kontrolną oraz nie wykazano istotnych różnic dotyczących osoczowych stężeń IL-1 β , IL-18 i IL-33 w grupie chorych na *morphea* w porównaniu z grupą kontrolną. Ekspresja genu *IL18* w PBMC w grupie chorych na *morphea* dodatnio korelowała z wyższymi wskaźnikami PGA-A, natomiast osoczowe stężenie IL-18 w grupie chorych na *morphea* ujemnie korelowało z PGA-D.

Wnioski: Nie znaleziono jednoznacznych dowodów na udział IL-1 β , IL-18 i IL-33 w patogenezie *morphea*. Ekspresja genu *IL18* może mieć związek z wyższymi wskaźnikami ogólnej oceny lekarskiej dotyczącej aktywności choroby (PGA-A), a osoczowe stężenie IL-18 może odwrotnie korelować z rozległością uszkodzeń związanych z chorobą (PGA-D).

SUROWICZE PRZECIWCIAŁA IGG PRZECIWKO DESMOGLEINIE-1 SA WYKRYWANE CZĘŚCIEJ NIŻ PRZECIWKO DESMOGLEINIE-3 U PACJENTÓW Z PĘCHERZYCĄ Z TKANKOWYMI ZŁOGAMI IGG — JEDNOOSRODKOWE DOŚWIADCZENIE LABORATORYJNE

Natalia Welc¹, Magdalena Jałowska¹, Justyna Gornowicz-Porowska², Marian Dmochowski¹, Monika Bowszyc-Dmochowska³

¹Pracownia Autoimmunizacyjnych Dermatoz Pęcherzowych, Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

²Katedra i Zakład Kosmetologii Praktycznej i Profilaktyki Chorób Skóry, Collegium Farmaceuticum, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

³Pracownia Histopatologii Skóry, Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp: Pęcherzyca to niejednorodna grupa autoimmunizacyjnych chorób akantolitycznych.

Cel pracy: Naszym celem było sprawdzenie, czy istnieje związek między wykrywaniem złogów IgG w immunofluorescencji bezpośredniej (DIF) a ujawnianiem przeciwciał IgG przeciwko określonym izoformom desmogleiny (DSG) w technikach ELISA u pacjentów z chorobami kręgu pęcherzyca.

Materiał i metody: Analizowano 19 kolejnych pacjentów z chorobami kręgu pęcherzyca, u których występowały w DIF złogi IgG, którym towarzyszyły złogi innych immunoreaktantów w różnych kombinacjach. Do diagnozy wykorzystano jednoetapową DIF do wykrywania złogów IgA, IgM, IgG, IgG1, IgG4 i C3 oraz monoparametryczne lub wieloparametryczne techniki ELISA. Do analizy statystycznej zastosowano test t dla dwóch niezależnych proporcji.

Wyniki: Przeciwciała IgG w surowicy przeciwko DSG1 wykryto u 18 pacjentów, natomiast przeciwciała IgG w surowicy przeciwko DSG3 u 10 pacjentów. Analiza statystyczna wykazała, że odsetek osób z przeciwciałami anty-DSG1 (18 z 19, 94,74%) był statystycznie istotnie wyższy niż odsetek osób z przeciwciałami anty-DSG3 (10 z 19, 52,63%) ($p = 0,0099$).

Wnioski: Zatem odkładanie się pęcherzycowych złogów IgG wydaje się być bardziej związane z surowiczymi przeciwciałami IgG przeciwko DSG1 niż przeciwko DSG3. DSG1 może wiązać IgG wydajniej/trwalej niż DSG3, ponieważ DSG1 ma dłuższy region cytoplazmatyczny w porównaniu z DSG3.

ROLA SYSTEMU OKSYDACYJNEGO W PATOGENEZIE ŁUSZCZYCY

Karolina Trzaska¹, Jerzy Jarzab¹, Ewa Romuk², Maciej Pastuszczak¹

¹Szpital Specjalistyczny w Zabrze

²Katedra i Zakład Biochemii w Zabrze

Wstęp: Łuszczyca jest przewlekłą chorobą zapalną skóry. Występuje u około 1–3% populacji ogólnej. Etiologia tej jednostki chorobowej nadal nie została w pełni wyjaśniona, upatruje się współdziałania czynników genetycznych, immunologicznych oraz środowiskowych. Badania ostatnich lat wskazują, iż zaburzenia systemu oksydacyjno-antyoksydacyjnego mogą uczestniczyć w rozwoju tej jednostki chorobowej.

Cel pracy: Celem pracy była analiza wybranych parametrów systemu redoks w patogenezie łuszczycy oraz określenie zależności pomiędzy zaawansowaniem zmian skórnych chorych a nasileniem stresu oksydacyjnego.

Materiał i metody: Badaniem objęto grupę 64 chorych z rozpoznaną łuszczycą zwykłą leczonych na Oddziale Klinicznym Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii w Zabrze oraz w Poradni Przyklinicznej. Grupę kontrolną stanowiło 30 osób zdrowych, u których nie stwierdzono łuszczycy lub innych ciężkich schorzeń ogólnych takich jak choroby nowotworowe, układu sercowo-naczyniowego lub cukrzyca. U wszystkich badanych przeprowadzono ocenę stanu dermatologicznego przy wykorzystaniu dwóch wskaźników: PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) i ilościowej skali BSA (*Body Surface Area*) oraz oceniono jakość życia pacjentów w oparciu o kwestionariusz DLQI (*Dermatology Life Quality Index*). Ponadto, pobrano materiał do badań laboratoryjnych celem oznaczenia parametrów układu oksydacyjno-antyoksydacyjnego takich jak: dysmutaza ponadtlenkowa (SOD), katalaza (CAT), peroksydaza glutationowa (GPx), reduktaza glutationowa (GR), S-transferaza glutationowa (GST), nadtlarki lipidowe (LHP), dialdehydmalonowy (MDA), grupy sulfhydrylowe (PSH), całkowity status oksydacyjny (TOS) oraz całkowity potencjał antyoksydacyjny (TAC).

Wyniki: U pacjentów z łuszczycą stwierdzono istotnie statystycznie obniżenie aktywności enzymatycznej CAT, GST, GR oraz obniżenie poziomu TAC, natomiast poziom TOS w tej grupie był istotnie wyższy. U chorych na łuszczycę zanotowano istotnie statystycznie wyższą aktywność całkowitej dysmutazy ponadtlenkowej (SOD), peroksydazy glutationowej (GPx) oraz zaobserwowano wzmożony proces peroksydacji lipidów. Wykazano, że nasilenie zmian skórnych chorych na łuszczycę istotnie koreluje z aktywnością enzymatyczną CAT, GR oraz TAC.

Wnioski: Zaburzenia równowagi oksydacyjno-antyoksydacyjnej i zmniejszona aktywność poszczególnych enzymów antyoksydacyjnych wskazują na obniżoną wydajność enzymatycznego systemu obronnego u chorych na łuszczycę. Spadek aktywności katalazy, reduktazy glutationowej oraz całkowitego potencjału antyoksydacyjnego wraz z pogorszeniem stanu dermatologicznego wskazuje, że stopień upośledzenia równowagi redoks koreluje z ciężkością łuszczycy. Całkowity potencjał antyoksydacyjny, aktywność katalazy i reduktazy glutationowej mogą stanowić potencjalne markery prognostyczne pogorszenia procesu chorobowego.

L-32 JAKO CZYNNIK WZROSTU ZIARNINIAKA GRZYBIASTEGO W HUMANIZOWANYM MODELU MYSIM. NOWE SPOJRZENIE NA ETIOPATOGENEZĘ PIERWOTNIE SKÓRNYCH CHŁONIAKÓW T-KOMÓRKOWYCH

Agata Kłosowicz^{1,2}, Yoshinori Watanabe², Jessica Teague², Ahmed Gehad², Ken Yu², Qian Zhan², Rachael Clark²

¹Klinika Dermatologii CM UJ w Krakowie

²Department of Dermatology, Harvard Medical School in Boston, USA

Cel pracy: Pierwotnie skórne chłoniaki T-komórkowe (CTCL, *cutaneous T-cell lymphomas*) stanowią rzadką grupę chorób limfoproliferacyjnych. Poznanie ich patogenyzy jest trudne ze względu na fakt, że nowotworowe limfocyty T nie przeżywają w hodowlach komórkowych ani w modelach zwierzęcych. Celem pracy była identyfikacja czynników umożliwiających przeżycie i proliferację nowotworowych limfocytów T w skórze.

Materiał i metody: Wyizolowano RNA z biopsji skórnych 20 pacjentów z *mycosis fungoides* (MF) w stadiach IA-IIA. Za pomocą platformy wysokoprzepustowego sekwencjonowania zbadano ekspresję 770 genów związanych z procesami zapalnymi. Wykonano badanie immunofluorescencji multiplex z użyciem przeciwciał wobec: IL32, CD3 oraz TCR V β celem rozróżnienia łagodnych i nowotworowych limfocytów T. Założono hodowle komórkowe złożone z limfocytów T oraz jednojądrzastych komórek krwi obwodowej pacjentów z zespołem Sezarego, a następn-

nie przy pomocy cytometrii przepływową zbadano zdolność IL-32 do promowania przetrwania nowotworowych limfocytów T. Ponadto, stworzono humanizowany model myszy ($n = 30$) z przeszczepioną skórą z napełnionych noworodków (pozbawioną limfocytów T) w celu oceny wpływu dostarczenia łagodnych limfocytów T na IL-32 oraz komórki prezentujące antygeny. Po 6 tygodniach zbadano przeszczepioną skórę ludzką za pomocą immunofluorescencji bezpośredniej oraz RT-PCR.

Wyniki: Cytokiną wykazującą największą ekspresję w skórze pacjentów z MF była niedawno odkryta, typowo ludzka IL-32 zaangażowana w procesy zapalne i nowotworowe. W badaniu immunofluorescencyjnym wykazano ekspresję IL-32 również na poziomie białek. Zaobserwowano, że nowotworowe limfocyty T TCR V β + wydzielają znacznie więcej IL-32 niż łagodne limfocyty T. *In vitro* udowodniono, że IL-32 promuje przetrwanie nowotworowych limfocytów T poprzez aktywację dużych komórek prezentujących antygen (APC) CD14+. *In vivo*, w modelu zwierzęcym, wykazano, że głównym producentem IL-32 są limfocyty T regulatorowe, a cytokina uczestniczy w tworzeniu niszy złożonej z APC CD14+ oraz komórek T-pamięci CD69+, które w przypadku pierwotnie skórnych chłoniaków T-komórkowych tracą antygen powierzchniowy CD7, stając się nowotworowe.

Wnioski: Wykazanie zdolności IL-32 do wspierania przetrwania nowotworowych limfocytów T w warunkach *in vitro* jest niezmiernie ważne w prowadzeniu dalszych badań nad etiopatogenezą CTCL. Wyniki naszej pracy są kluczowe w kontekście wypracowania nowych terapii z użyciem przeciwciał blokujących aktywność IL-32.

OCENA ZWIĄZKU MIĘDZY ŁUSZCZYCĄ, ZAPALENIEM PRZYŻĘBIA I MARKERAMI ZAPALNYMI

Marianna Majchrzycka¹, Małgorzata Andrzejewska², Anna Surdacka², Zygmunt Adamski²

¹ Szpital Kliniczny im. Heliodora Świącickiego w Poznaniu

² Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp: Choroba przyzębia i łuszczyca to przewlekłe i wieloczynnikowe choroby zapalne o wspólnych mechanizmach immunopatologicznych i czynnikach ryzyka. Często współistnieją oraz, jak wykazały liczne, pogłębione badania, istnieje wyraźna pozytywna korelacja między zaawansowaniem zapalenia przyzębia a stopniem nasilenia łuszczycy.

Cel pracy: Głównym celem badania była ocena wpływu występowania łuszczycy i zapalenia przyzębia na wybrane markery zapalne, takie jak CRP, IL-1 α i IL-17.

Materiał i metody: Grupa badana składała się z 30 pacjentów z łuszczycą przyjętych na oddział i poddanych badaniu stomatologicznemu i badaniom laboratoryjnym. Grupę kontrolną stanowiło natomiast 29 zdrowych osób, u których łuszczyca została uprzednio wykluczona.

Wyniki: Otrzymane wyniki potwierdziły, że wartości wskaźników dentystrycznych, będących wykładnikami higieny jamy ustnej i zdrowia przyzębia, były znacząco lepsze w grupie kontrolnej w porównaniu z chorymi na łuszczycę. Dalsza analiza wykazała statystycznie istotną korelację pomiędzy stężeniem CRP oraz kilku cytokin (IL-1, IL-17) a wskaźnikami dentystrycznymi w grupie badanej. Ponadto badanie dowiodło, że pacjenci z łuszczycą uczęszczają na wizyty stomatologiczne rzadziej niż osoby zdrowe.

Wnioski: W celu pełnej ewaluacji związku pomiędzy łuszczycą, zapaleniem przyzębia i markerami zapalnymi niezbędne jest przeprowadzenie analogicznego badania na większej próbie chorych. Uzyskane wyniki wskazują na kluczową rolę diagnostyki i leczenia chorób przyzębia w zapobieganiu i łagodzeniu objawów łuszczycy. Współpraca lekarzy i lekarzy dentystrów jest zatem konieczna dla zapewnienia chorym na łuszczycę jak najbardziej kompleksowego leczenia.

ZNACZENIE NADEKSPRESJI DEACETYLAZY HISTONOWEJ KLASY II HDAC10 W ZESPOLE SÉZARY'EGO

Monika Pieniawska¹, Karolina Rassek¹, Bogumiła Skwara², Magdalena Żurawek¹, Iwona Ziółkowska-Suchanek¹, Karina Nowicka¹, Marta Podrańska¹, Natalia Rozwadowska¹, Katarzyna Łykowska¹

¹ Instytut Genetyki Człowieka Państwowej Akademii Nauk w Poznaniu

² Wydział Biologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Wstęp: Chłoniaki skórne T-komórkowe (CTCL, *cutaneous T-cell lymphoma*) to rzadko spotykana grupa nowotworów układu chłonnego, charakteryzująca się nagromadzeniem złośliwych limfocytów T

w skórze. Ziarniak grzybiasty (MF, *mycosis fungoides*) należy do najczęściej występujących chłoniaków skórnych, natomiast Zespół Sézary'ego (SS, *Sézary syndrome*) stanowi jedynie 5% przypadków CTCL. MF charakteryzuje się łagodniejszym przebiegiem o charakterze przewlekłym, gdy SS jest wariantem białaczkowym, agresywnym z występowaniem ciężkiej erytrodermii. Jedną z form terapii CTCL jest zastosowanie inhibitorów deacetylaz histonowych (HDACi), takich jak Romidepsina, Vorinostat, Belinostat lub Panabinstat, które są lekami epigenetycznymi hamującymi aktywność deacetylaz histonowych (HDAC). HDAC to grupa enzymów, które usuwają grupy acetylowe z histonów, modelując strukturę chromatyny oraz regulują transkrypcję genów. Nasze wcześniejsze badania wstępne wykazały, że HDAC klasy II ulegają nadekspresji u pacjentów z rozpoznaniem SS.

Cel pracy: Celem pracy jest analiza znaczenia wybranego HDAC10 na biologię komórek nowotworowych w SS.

Materiał i metody: Wykorzystano modelowe linie komórkowe wyprodukowane od pacjentów z SS — Hut78 i SeAx. Nadekspresję HDAC10 indukowano przy użyciu wektorów lentiwirusowych i zweryfikowano na poziomach mRNA i białka. Lokalizację komórkową analizowano za pomocą barwienia immunofluorescencyjnego (IF) i frakcjonowania elementów subkomórkowych. Za pomocą cytometrii przepływową przeprowadzono testy funkcjonalne mające na celu ocenę wpływu nadekspresji HDAC10 na procesy komórkowe takie jak proliferacja, apoptoza i cykl komórkowy.

Wyniki: Frakcjonowanie komórkowe i analiza IF potwierdziły głównie cytoplazmatyczną lokalizację białka HDAC10 w liniach SS. Tylko niewielka ilość białka została wykryta w nukleoplazmie lub była związana z chromatyną. To samo zaobserwowano w pierwotnych komórkach SS i prawidłowych limfocytach T CD4+. W obecności czynnika proapoptycznego kamptotecyny wykazano hamujący wpływ nadekspresji HDAC10 na progresję apoptozy.

Wnioski: Badania na komórkach SS wykazały, że białko HDAC10 jest zlokalizowane głównie w cytoplazmie komórek SS, co może świadczyć o jego udziale w deacetylacji białek niehistonowych. Ponadto wykazano, iż nadekspresja HDAC10 ma hamujący wpływ na progresję apoptozy sugerując udział tego białka w procesach związanych z apoptozą komórek nowotworowych.

POTENCJALNY MARKER DIAGNOSTYCZNY ODRÓŻNIAJĄCY ZESPÓŁ SÉZARY'EGO OD ZIARNINIAKA GRZYBIASTEGO I ŁAGODNEJ ERYTRODERMII

Karolina Rassek¹, Katarzyna Łykowska¹, Magdalena Żurawek¹, Karina Nowicka¹, Monika Joks², Karolina Olek-Hrab³, Berenika Olszewska⁴, Małgorzata Sokołowska-Wojdyła⁴, Wojciech Biernat⁵, Roman J. Nowicki⁴, Grzegorz K. Przybylski¹

¹ Instytut Genetyki Człowieka Państwowej Akademii Nauk w Poznaniu

² Klinika Hematologii i Transplantacji Szpiku, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

³ Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

⁴ Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

⁵ Katedra i Zakład Patomorfologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Zespół Sézary'ego (ZS) jest odmianą chłoniaka skórno-T-komórkowego charakteryzującą się erytrodermią, świądem i obecnością we krwi złośliwych limfocytów T CD4+. Diagnostyka tego chłoniaka jest skomplikowana, a dodatkową trudność stanowi odróżnienie ZS od innych chorób o podobnym obrazie klinicznym.

Cel pracy: Celem badań była ocena przydatności ekspresji genu *TMEM244* zarówno w populacji komórek jednojądrzastych, jak i sortowanych limfocytach T CD4+ z krwi obwodowej, w celu odróżnienia ZS od ziarniniaka grzybiastego oraz erytrodermii o etiologii innej niż nowotworowa. Ponadto, przeprowadzono analizę ekspresji genu *TMEM244* w subpopulacjach jednojądrzastych komórek krwi obwodowej u zdrowych dawców.

Materiał i metody: Materiał do badań stanowiła krew pobrana od pacjentów z ZS ($n = 18$), ziarniniakiem grzybiastym ($n = 5$) i erytrodermią ($n = 8$), oraz od zdrowych dawców ($n = 44$). Izolacja komórek jednojądrzastych z krwi została wykonana w gradiente gęstości. Limfocyty T CD4+ wysortowano, stosując selekcję negatywną na kulkach magnetycznych. Subpopulacje komórek jednojądrzastych z krwi: CD4, CD8, CD45RO, CD45RA, CD31, CD56, CD14, CD19 wyodrębniono, stosując barwienia przeciwciałami z fikoerytryną i pozytywną selekcję na kulkach magnetycznych. RNA wyizolowano za pomocą TRI Reagent i poddano odwrotnej transkrypcji. Ekspresję genu analizowano metodą qRT-PCR.

Wyniki: Analizując próbki komórek jednojądrzastych krwi obwodowej, wykazano, że mediana ekspresji genu *TMEM244* była znacząco wyższa u pacjentów z ZS w porównaniu z osobami zdrowymi oraz pacjentami z ziarniniakiem grzybiastym/erythrodermią. Podobnie wyniki uzyskano dla limfocytów T CD4+. Analiza subpopulacji komórek jednojądrzastych krwi obwodowej od 6 zdrowych dawców wykazała, że gen *TMEM244* wykazuje podwyższoną ekspresję w limfocytach T pamięci (CD45RO+), zarówno CD4+ jak i CD8+.

Wnioski: Gen *TMEM244* ulega ekspresji na niskim poziomie w prawidłowych limfocytach T pamięci CD4+ i CD8+ (CD45RO+), co jest zgodne z immunofenotypem komórek Sézary'ego. Natomiast jego podwyższona ekspresja występuje tylko w komórkach krwi pacjentów z ZS, dlatego też analiza ekspresji genu *TMEM244* przy użyciu qRT-PCR w próbce krwi obwodowej może zostać wykorzystana jako nowy marker diagnostyczny umożliwiający precyzyjne odróżnienie ZS od chorób o podobnym obrazie klinicznym.

BADANIA HYDROŻELI Z INSULINĄ W ASPEKcie MOŻLIWOŚCI ICH STOSOWANIA W TERAPII WSPOMAGAJĄCEJ LECZENIE STOPY CUKRZYCOWEJ

Marta Majczyna, Aneta Ostróżka-Cieślak, Barbara Dolińska
Katedra i Zakład Technologii Postaci Leku, Wydział Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Stopa cukrzycowa należy do trudnych w leczeniu powikłań cukrzycy. Według danych epidemiologicznych problem ten dotyka 25% chorych na cukrzycę. 85% przypadków owrzodzeń kończy się zwykle amputacją kończyny. Korzystny wpływ insuliny na proces gojenia się ran zaobserwowano już w latach 60. XX wieku. Hormon ten, o budowie podobnej do insulinopodobnego czynnika wzrostu IGF-1, może wpływać na proces odbudowy uszkodzonej skóry, nie wpływając na stężenie glukozy we krwi po podaniu naskórnym.

Cel pracy: Celem pracy było opracowanie nośnika hydrożelowego insuliny.

Materiał i metody: Hydrożele sporządzono zgodnie z zasadami „Farmakopei Polskiej XII”. Badaniu poddano podłoża na bazie alginianu sodu oraz chitozanu z metylocelulozą zawierające insulinę (Insulatard® Penfill®) w dawce 1 mg/g. Przeprowadzono analizę reologiczną preparatów korzystając z reometru Lamy RM 200 Touch wyposażonego w system pomiarowy MK-CP 2445. Analizę szybkości uwalniania substancji czynnej wykonano w aparacie łopatkowym (DT 600, ERWEKA GmbH, Germany) w komorach typu Enhancer Cell, stosując półprzepuszczalną błonę dializacyjną Spectra/Por 2 o wielkości porów 12-14 kD. Przeprowadzono pomiary właściwości fizykochemicznych preparatów: rozsmarowywalność, szybkość utraty lotnych składników i pH.

Wyniki: Badane formułacje charakteryzują się przedłużonym profilem uwalniania insuliny. Z hydrożelu na bazie alginianu sodu uwolniło się 61% insuliny w czasie 270 minut, natomiast z hydrożelu na bazie chitozanu z metylocelulozą w czasie 390 minut uwolniło się 65% dawki insuliny. Badane hydrożele są płynami nienewtonowskimi rozrzedzonymi ścinaniem. Wykazują właściwości pseudoplastyczne oraz są stabilne reologicznie. Niższa lepkość hydrożelu na bazie chitozanu z metylocelulozą wpłynęła na zwiększenie ilości uwolnionej insuliny. Preparaty posiadają kompatybilne ze skórą pH.

Wnioski: Badania preformulacyjne wskazują na dobre właściwości aplikacyjne hydrożeli na bazie alginianu sodu oraz chitozanu z metylocelulozą zawierających insulinę, co umożliwi ich potencjalne stosowanie w terapii wspomagającej leczenie stopy cukrzycowej.

EKSPRESJA RECEPTORÓW TOLL-LIKE TYPU 7, 8, 9 W BIOPSJACH SKÓRNYCH U PACJENTÓW ZE SKÓRĄ POSTACIĄ TOCZNIA RUMIENIOWATEGO (SCLE/DLE) ORAZ ICH ZNACZENIE W PRZEWIDYWANIU ODPOWIEDZI KLINICZNEJ NA LECZENIE HYDROKSYCHLOROCHINĄ

Karolina Englert¹, Grzegorz Dyduch², Anna Wojaś-Pelc¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

²Katedra Patomorfologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Wstęp: Skórne postaci tocznia rumieniowatego (CLE, *cutaneous lupus erythematosus*) to grupa różnorodnych pod względem klinicznym jednostek chorobowych o złożonych i nie w pełni poznanych mechanizmach patogenetycznych. Hydroksychlorochina stanowi I linię leczenia skór-

nego tocznia rumieniowatego (SCLE i DLE), w przypadku gdy terapia miejscowa jest niewystarczająca. Jednak nie u wszystkich pacjentów udaje się osiągnąć remisję kliniczną zmian skórnych. Jednym z postulowanych mechanizmów działania leków antymalarycznych jest inhibicja szlaków sygnałowych zależnych od endosomalnych receptorów TLR typu 7 i 9. Ponadto aktualne doniesienia naukowe przedstawiają rolę receptorów TLR typu 7, 8, 9 w patogenezie rozwoju tocznia rumieniowatego układu, a ich funkcja w ewolucji skórnej postaci tocznia rumieniowatego nie jest w pełni wyjaśniona i stanowi obecnie przedmiot badań.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena ekspresji endosomalnych receptorów TLR typu 7, 8, 9 w biopsjach skórnych u pacjentów z podostłą i dyskoidalną postacią tocznia rumieniowatego.

Materiał i metody: Ekspresja receptorów TLR w biopsjach skórnych u pacjentów ze skórą postacią tocznia i w grupie kontrolnej została oceniona za pomocą metod immunohistochemicznych. Ponadto w grupie badanej została także przeprowadzona ocena nasilenia zmian skórnych z użyciem skali CLASI przed włączeniem systemowego leczenia immunomodulującego i immunosupresyjnego oraz po 3-6-miesięcznym okresie terapii.

Wyniki: Nie wykazano ekspresji TLR typu 7 w obrębie naskórka u pacjentów z CLE, jak i w grupie kontrolnej. Pacjenci z CLE wykazywali istotnie statystycznie niższą siłę ekspresji TLR typu 9 w naskórku, mniejszą grubość naskórka z pozytywną ekspresją receptorów TLR typu 8, 9 oraz niższy średni odsetek limfocytów z pozytywną ekspresją receptorów TLR typu 8, 9 w stosunku do grupy kontrolnej. Ponadto siła ekspresji TLR typu 9 w obrębie limfocytów u pacjentów podostłą i dyskoidalną postacią tocznia rumieniowatego korelowała z odpowiedzią na leczenie hydroksychlorochiną i procentowym obniżeniem się wskaźnika CLASI po leczeniu.

Wnioski: W powyższej pracy nie wykazano ekspresji TLR typu 7 w obrębie naskórka, zarówno w skórze zdrowej, jak i w obrębie zmian skórnych o typie CLE, co może wskazywać, że receptory TLR typu 7 nie odgrywają istotnej roli w powstawaniu zmian skórnych w przebiegu CLE. Rozwój zmian skórnych o typie CLE może być z kolei zależny od niższej, w stosunku do skóry zdrowej, ekspresji TLR typu 8 i 9 w obrębie naskórka oraz nacieków limfocytnego w skórze właściwej. Stwierdzenie u chorych z CLE niższej ekspresji TLR typu 8 i 9 w obrębie naskórka oraz niższego odsetka limfocytów w skórze właściwej z pozytywną ekspresją TLR typu 8 i 9 może być niekorzystnym czynnikiem świadczącym o aktywności procesu chorobowego. Skuteczność leczenia hydroksychlorochiną może zależeć od ekspresji receptora TLR typu 9 w skórze chorych z CLE.

OCENA PODŁOŻA GENETYCZNEGO WSPÓŁWYSTĘPOWANIA OTYŁOŚCI I ŁUSZCZYCY PŁACKOWATEJ NA PODSTAWIE BADANIA ASOCJACYJNEGO CAŁEGO GENOMU (GENOME-WIDE ASSOCIATION STUDY)

Anna Czarnecka¹, Marta Sobalska-Kwapis², Dorota Purzycka-Bohdan¹, Michał Seweryn², Roman J. Nowicki¹, Dominik Strapagiel², Aneta Szczerkowska-Dobosz¹

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

²Pracownia Biobank, Katedra Biofizyki Molekularnej Uniwersytet Łódzki

Wstęp: Współchorobowość otyłości i łuszczycy łączona jest z licznymi, poważnymi konsekwencjami klinicznymi, m.in. cięższym przebiegiem choroby czy zwiększonym ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych. Postuluje się, że współistnienie łuszczycy i otyłości może wynikać ze złożonej zależności między wieloma ścieżkami patogenetycznymi, w tym interakcjami pomiędzy genami.

Cel pracy: Celem pracy jest analiza podłoża genetycznego nadwagi i otyłości wśród chorych na przewlekłą łuszczycę plackowatą za pomocą badania asocjacyjnego całego genomu (GWAS, *genome-wide association study*).

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono wśród populacji kaukaskiej pochodzącej z regionu całej Polski. Do grupy badanej włączono 972 chorych na łuszczycę plackowatą, zaś do grupy kontrolnej 5878 zdrowych ochotników. Materiał DNA wyizolowano z próbek krwi żyłnej, pobranych od uczestników badania, które następnie poddano genotypowaniu dla ponad 500 000 polimorfizmów pojedynczego nukleotydu (SNP) przy użyciu Infinium CoreExome BeadChips (Illumina, San Diego, Kalifornia, USA).

Wyniki: Za pomocą analizy statystycznej zidentyfikowano jedenaście sygnałów obejmujących cały genom ($p < 1 \times 10^{-5}$), związanych z różnicami wskaźnika BMI (*body mass index*) zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet

w badanych grupach. Siedem z polimorfizmów (rs1558902 w genie *FTO*, rs696574 w genie *CALCR*, rs10968110, rs4551082, rs4609724, rs9320269, rs2338833,) wykazało związek z podwyższonym wskaźnikiem BMI u chorych na łuszczycę, zaś występowanie czterech wariantów genetycznych (rs1556519 w genie *ITLN2*, rs129730098 w *AC003006.7*, rs12676670 w genie *PAG1*, rs1321529) wiązało się z obniżeniem wartości BMI w tej grupie chorych. **Wnioski:** Wyniki sugerują, że istnieje związek między 11 polimorfizmami genetycznymi a wskaźnikiem BMI wśród pacjentów z łuszczycą plackowatą, co może przyczynić się do pogłębienia wiedzy na temat patogenetycznej nadwagi i otyłości wśród chorych na łuszczycę plackowatą. Poznanie genetycznego podłoża współwystępowania tych schorzeń umożliwiłoby w przyszłości objęcie profilaktyką chorych na łuszczycę plackowatą ze zwiększonym ryzykiem otyłości i wdrożenie skutecznego leczenia oraz obniżenie ryzyka sercowo-naczyniowego.

ZNACZENIE RODZINY CYTOKIN IL-1 W MORPHEA — JEDNOOŚRODKOWE BADANIE KOHORTOWE

Paulina Szczepanik-Kułał¹, Małgorzata Michalska-Jakubus¹, Małgorzata Kowal², Dorota Krasowska¹

¹Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²Pracownia Immunologii Chorób Skóry Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wstęp: Patogeneza *morphea*/twardziny ograniczonej (LoS) nie została w pełni poznana, a dotychczasowe poszukiwania biomarkerów choroby nie przyniosły jednoznacznych rezultatów.

Cel pracy: Celem pracy była ocena stężenia wybranych cytokin z rodziny IL-1, tj. IL-1 α , IL-1 β , IL-18, IL-33, IL-37 i IL-38 w surowicy pacjentów z LoS (n = 30) i w grupie kontrolnej (n = 28) oraz porównanie stężeń ww. cytokin przed rozpoczęciem i po zakończeniu leczenia LoS.

Materiał i metody: Ustalono dane demograficzne każdego pacjenta, w tym wiek w momencie rozpoznania LoS. Określono typ/podtyp LoS i charakterystykę zmian chorobowych, w oparciu o: PGA-A, mLoSSI, PGA-D, LoSDI i BSA. Ustalono metodę leczenia LoS (systemowe/miejscowe) oraz współistniejące choroby autoimmunologiczne. Po zakończeniu procesu terapeutycznego, ponownie oceniano: PGA-A, mLoSSI, PGA-D, LoSDI, BSA. U wszystkich pacjentów z LoS próbki krwi obwodowej pobierano dwukrotnie — przed włączeniem leczenia i po jego zakończeniu. Stężenia cytokin oznaczano metodą ELISA.

Wyniki: U 25 (83.3%) pacjentów stwierdzono typ uogólniony LoS, u 5 (16.7%) liniyny. U 28 (93.3%) pacjentów występowały aktywne zmiany LoS. Wszyscy pacjenci stosowali leczenie miejscowe, ponadto u 13 pacjentów (43.3%) włączono leczenie systemowe. Nie stwierdzono istotnej różnicy w stężeniach cytokin pomiędzy grupami kontrolną a badaną przed leczeniem. U 26 pacjentów uzyskano znaczącą poprawę i spadek aktywności choroby po leczeniu. Po zastosowanym leczeniu wykazano istotne różnice stężeń IL-1 α (wyższe w grupie LoS) oraz IL-33 (wyższe w grupie kontrolnej). Stężenia IL-33 różniły się istotnie również w grupie LoS przed i po terapii. U pacjentów po leczeniu wykazano istotne korelacje między PGA-A i mLoSSI a stężeniem IL-1 α . Nie stwierdzono istotnej różnicy w ekspresji badanych cytokin pomiędzy pacjentami otrzymującymi leczenie systemowe a pacjentami leczonymi miejscowo.

Wnioski: Badanie wykazało, że IL-1 α i IL-33 mogą być cytokinami o potencjalnie istotnym udziale w patogenecie LoS. Dodatkowo stężenie IL-1 α może znaleźć potencjalne zastosowanie jako marker aktywności i nasilenia zmian skórnych LoS.

OCENA EKSPRESJI WYBRANYCH BIAŁEK PRO- I ANTYAPOPTOTYCZNYCH U PACJENTEK Z ŁYSIENIEM CZOŁOWYM BLIZNOWACIEJĄCYM

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

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej, Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

Wstęp: Łysienie czołowe bliznowaciejące (FFA) jest pierwotnym limfocytarnym łysieniem bliznowaciejącym. Mechanizm patogenetyczny tej choroby nie został dostatecznie poznany.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena ekspresji białek pro- i antyapoptotycznych: Bcl-2, Bax, Fas/Fas-L, p53 i wskaźnika proliferacji Ki-67 u pacjentek z FFA oraz określenie ich wpływu na patogenetę FFA.

Materiał i metody: Analizie poddano wycinki ze skóry owłosionej głowy 20 pacjentek z FFA. Kontrolę stanowiły wycinki ze skóry owłosionej głowy 5 zdrowych ochotników. Ekspresję białek oceniano w badaniu immunohistochemicznym wykorzystując przeciwciała przeciw Bcl-2, Bax, Fas/Fas-L, p53, Ki-67.

Wyniki: W materiale uzyskanym od pacjentek z FFA stwierdzono zwiększoną ekspresję wszystkich analizowanych białek proapoptotycznych oraz wyższy indeks proliferacji Ki-67. W próbkach od pacjentek z FFA zaobserwowano znacznie wyższą ekspresję białka Bcl-2 niż w próbkach kontrolnych.

Wnioski: Uzyskane wyniki wskazują na znaczną ekspresję białek związanych z programowaną śmiercią komórki w FFA. Zwiększona ekspresja cząsteczek Fas i Fas-L świadczy o aktywacji zewnątrzkomórkowej ścieżki inicjacji apoptozy poprzez interakcje keratynocytów z komórkami efektorowymi układu odpornościowego. Aktywacja tego szlaku apoptozy opisana została w badaniach dotyczących toczenia rumieniowatego krążkowego (DLE), gdzie stwierdzono nasiloną ekspresję komórek Fas-L w mieszkach włosowych. Próbkę od pacjentek z FFA charakteryzowały się wyższym poziomem białka p53 i wyższym indeksem proliferacji Ki-67, stwierdzane również w DLE. Porównując otrzymane wyniki z danymi literaturowymi dotyczącymi DLE wydaje się, że te dwie jednostki chorobowe mogą mieć wspólny mechanizm patogenetyczny. Niemniej celowe jest przeprowadzenie dalszych badań w kierunku określenia udziału innych rodzajów śmierci komórki w patogenecie DLE i FFA. Na podstawie powyższych danych podejrzewać można, że w rozwoju FFA dużą rolę odgrywa skłonność komórek do apoptozy. Wyższa ekspresja antyapoptotycznego białka Bcl-2 może świadczyć o kompensacyjnej mobilizacji szlaków antyapoptotycznych. Niemniej zbadanie mechanizmu tego zjawiska wymaga dalszych badań.

ROLA INFLAMASOMÓW NLRP1 I NLRP3 ORAZ IL-33 W INICJACJI SKÓRNEJ KANCEROGENEZY INDUKOWANEJ PROMIENIOWANIEM UV

Justyna Ceryn¹, Aleksandra Lesiak¹, Joanna Narbutt¹, Izabela Drózd², Małgorzata Skibińska¹, Magdalena Ciężyńska^{3,*}

¹Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, WSS im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi

²Zakład Genetyki Klinicznej, Katedra Genetyki Klinicznej i Laboratoryjnej Uniwersytet Medyczny w Łodzi

³Oddział Chorób Rozrostowych, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. Mikołaja Kopernika w Łodzi

*Opiekun pracy

Wstęp: Inflamasomy NLRP1 (NLR, *family pyrin domain containing 1*) oraz NLRP3 są kluczowymi regulatorami wrodzonej odpowiedzi immunologicznej, które aktywują się pod wpływem rozmaitych stresorów endo- i egzogennych takich jak promieniowanie ultrafioletowe (UVR, *ultraviolet radiation*). Dokładne mechanizmy molekularne stojące u podłoża zjawiska aktywacji tych inflamasomów nie zostały dotychczas dostatecznie zbadane. Również rola interleukiny (IL)-33 w rozwoju nowotworów skóry pod wpływem promieniowania UV jest wciąż niejasna.

Cel pracy: Celem pracy jest określenie ekspresji genów interleukin: IL-33, IL-18, IL-1b po aktywacji i wyciszeniu NLRP1 i NLRP3 pod wpływem zróżnicowanych pasm i dawek promieniowania UV i ich korelacja z odpowiednimi markerami nowotworowymi (m.in. Gli1, Gli2, FOXO3A, SerpinA1, SerpinA3 i EphB2).

Materiał i metody: Hodowle linii komórkowych keratynocytów naświetlono lampami emitującymi różne dawki promieniowania UV. W celu zablokowania ekspresji genów NLRP1 i NLRP3 komórki zostały transfekowane swoistymi siRNA. Ekspresję genów kodujących białka składowe i efektorowe inflamasomów oceniono metodą *real-time* PCR.

Wyniki: Stwierdzono istotny wzrost w poziomie ekspresji genów cytokin IL-18, IL-1b oraz IL-33 pod wpływem dawek promieniowania UVB oraz UVA w porównaniu do keratynocytów nie poddanych ekspozycji na promieniowanie UV. Po zakłóceniu RNA polegającym na wyciszeniu NLRP1 lub NLRP3 w ludzkich pierwotnych keratynocytach ekspresja genów cytokin uległa istotnemu zmniejszeniu. Ponadto zaobserwowano znaczący wzrost genów markerów nowotworowych pod wpływem działania promieniowania UV w komórkach ze sprawnie funkcjonującym NLRP1 oraz NLRP3. Natomiast, wyciszenie genu NLRP1 oraz NLRP3 powodowało zmianę ekspresji tych genów.

Wnioski: Przedstawiony projekt jest pierwszym badaniem naukowym obejmującym kompleksową ocenę roli inflamasomów NLRP1 i NLRP3 oraz IL-33 w procesie skórnej kancerogenezy indukowanej UV. Nasze wyniki identyfikują i potwierdzają rolę IL-33 jako ważnego wczesnego sygnału niebezpieczeństwa wytwarzanego w odpowiedzi na wywołujące stany zapalne promieniowanie UV, który prawdopodobnie regulowany jest przez inflamasomy.

ANALIZA MARKERÓW MOLEKULARNYCH W KORELACJI Z PRZEBIEGIEM KLINICZNYM U CHORYCH NA ŁUSZCZYCĘ

Magdalena Kutwin¹, Monika Migdalska-Sęk², Ewa Brzezińska-Lasota², Piotr Zelga³, Anna Woźniacka¹

¹Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej — Centralny Szpital Weteranów w Łodzi

²Zakład Biomedycyny i Genetyki, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

³Klinika Chirurgii, Uniwersytet w Cambridge

Wstęp: Łuszczyca to przewlekła, nawracająca choroba ogólnoustrojowa o złożonej i nie w pełni poznanej etiopatogenezie, co sprawia, że jest częstym przedmiotem badań naukowych. Uważa się, że główną rolę w rozwoju i utrzymywaniu się zmian skórnych w tej dermatozie odgrywają czynniki immunologiczne, a zwłaszcza oś IL-12/Th1/IFN- γ , Th22/IL-22 oraz IL-23/Th17/IL-17.

Cel pracy: Celem pracy było poznanie molekularnych podstaw i mechanizmów procesu chorobowego oraz wzajemnych interakcji pomiędzy białkami indukującymi reakcję zapalną. Stąd też przedmiotem oceny był poziom ekspresji wybranych genów docelowych uczestniczących w odpowiedzi komórkowej w przebiegu łuszczyca takich jak: IL-10, IL-12, IL-17A, IL-17B,

IL-22, IL-23A, IL-23R oraz IFN- γ . Przeprowadzona była również analiza korelacji poziomu ekspresji wybranych genów z obrazem klinicznym choroby. **Materiał i metody:** Pobrana tkanka i krew zostały przeznaczone do izolacji RNA. Uzyskane RNA poddano reakcji odwrotnej transkrypcji. Następnie względny poziom ekspresji genów został oceniony za pomocą reakcji łańcuchowej polimerazy w czasie rzeczywistym dla badanych genów. Wyniki zostały przedstawione jako wartości RQ (*relative quantification*) w stosunku do genu referencyjnego GAPDH. Do oceny nasilenia procesu chorobowego użyto wskaźników PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*), BSA (*body surface area*) i DLQI (*Dermatology Life Quality Index*).

Wyniki: Poziomy ekspresji IL-12B, IL-17A, IL-22, IL-23R i IFN- γ były wyższe w skórze pacjentów z łuszczycą w porównaniu z grupą kontrolną, podczas gdy ekspresja IL-10 była niższa. Stwierdzono również dodatnią korelację między RQ dla IL-23A a PASI oraz między RQ dla IL-12B a PASI i BSA.

Wnioski: Uzyskane wyniki potwierdzają ważną rolę analizowanych genów i kodowanych przez nie białek w inicjacji i podtrzymywaniu zmian łuszczykowych. Stąd też stanowią one potencjalny cel terapeutyczny i umożliwić zastosowanie spersonalizowanych form leczenia dostosowanych do indywidualnych potrzeb chorego. Ponadto geny IL-12B oraz IL-23A, jak i zależne od nich cytokiny można za markery aktywności procesu chorobowego i skuteczności leczenia.

SESJA PRAC KLINICZNYCH

OCENA JAKOŚCI SNU U PACJENTÓW Z ŁUSZCZYCĄ

Aneta Gruchała-Cisłak, Anna Zalewska-Janowska

Zakład Psychodermatologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp: Szacuje się, że łuszczyca powoduje problemy ze snem u ponad 60% pacjentów.

Cel pracy: Celem pracy była ocena jakości snu u pacjentów z łuszczycą oraz w grupie kontrolnej, a także zbadanie zależności pomiędzy jakością snu a przebiegiem choroby u pacjentów z łuszczycą.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono na grupie 170 osób, w tym 92 osoby z potwierdzonym rozpoznaniem łuszczyca pospolitej przed przynajmniej 6 miesiącami i 78 osób w grupie kontrolnej. Rekrutacja do badania odbywała się w Klinice Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej oraz w Zakładzie Psychodermatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi od stycznia 2020 r. do sierpnia 2021 r. Do oceny wykorzystano następujące kwestionariusze: autorską ankietę osobową, PSQI, ocenę snu w skali NRS, czteropunktowy kwestionariusz oceny snu oraz wskaźniki PASI i BSA. Analiza statystyczna została przygotowana za pomocą pakietu Python/SciPy w wersji 1.7.1.

Wyniki: Zaobserwowano gorszą ogólną jakość snu u pacjentów z łuszczycą (wynik całkowity PSQI: 7,12 vs. 5,12, $p < 0,001$) oraz m.in. wyższą latencję snu, niższą wydajność snu oraz częstsze zaburzenia snu. Ponadto wykazano zależności pomiędzy jakością snu a nasileniem snu na podstawie czteropunktowego kwestionariusza (Spearman $\rho = 0,282$, $p = 0,007$) oraz występowaniem łuszczyca stawowej (Pearson $r = 0,303$, $p = 0,003$). Wynik całkowity PSQI wyniósł 9,05 vs. 6,55 ($p = 0,019$) u pacjentów z łuszczycą stawową wobec pacjentów bez zajętych stawów (odpowiednio 21 oraz 71 osób). Stwierdzono brak zależności pomiędzy jakością snu a nasileniem łuszczyca, stopniem zajęcia ciała przez zmiany skórne i długością trwania choroby.

Wnioski: Można rekomendować rutynowe stosowanie kwestionariusza jakości snu w grupie pacjentów z łuszczycą. Jest to tania i prosta metoda, która pomogłaby wyodrębnić grupę pacjentów mającą problemy ze snem. Kwestionariusz jakości snu Pittsburgh powinien być zastosowany u wszystkich pacjentów z łuszczycą, bez względu na wskaźniki PASI, BSA oraz długość trwania choroby.

OCENA WYSTĘPOWANIA I NASILENIA ŚWIĄDU ORAZ JEGO WPŁYWU NA JAKOŚĆ ŻYCIA U PACJENTÓW CHOROJĄCYCH NA ŁYSIENIE CZOŁOWE BLIZNOWACIEJĄCE (FFA) ORAZ LISZAJ PŁASKI MIESZKOWY (LPP)

Karolina Krawczyk, Magdalena Żychowska

Klinika Dermatologii, Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 w Rzeszowie

Wstęp: Liszaj płaski mieszkowy i łysienie czołowe bliznowaciejące są najczęstszymi przyczynami nieodwracalnego łysienia bliznowaciejącego. Z uwagi na oszpecający przebieg choroby, jak również występo-

wanie uporczywych objawów subiektywnych, dochodzi do znacznego obniżenia jakości życia. W konsekwencji choroby te prowadzą bardzo często do zaburzeń psychicznych (tj. zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe czy nawet wizerunku własnego ciała) i stanowią przez to ważne zagadnienie w zakresie zdrowia publicznego.

Materiał i metody: Łącznie zbadano grupę ponad 50 pacjentów z łysieniem, z czego wyodrębniono grupę 37 osób cierpiących na LPP oraz FFA. Rozpoznanie stawiano na podstawie obrazu klinicznego i dermatoskopii, a w niejasnych przypadkach pobierano biopsję. Po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na udział w eksperymencie medycznym, u wszystkich pacjentów opracowano ankietę dotyczącą występowania, nasilenia oraz charakterystyki snu i jego ekwiwalentów.

Wyniki: Wśród pacjentów cierpiących na łysienie bliznowaciejące ponad połowę obejmowali pacjenci z FFA (54%), co ma potwierdzenie w dostępnej literaturze. W badanej grupie największy odsetek stanowiły kobiety w okresie pomenopauzalnym (67%). Obecność snu i jego ekwiwalentów odnotowano u 80% badanych. Z objawów subiektywnych oprócz snu, najczęstsze były: uczucie ocieplenia/pieczenia, swędzenie i mrowienie. Na podstawie uzyskanych ankiet sporządzono również charakterystykę snu, brano pod uwagę m.in. wpływ na jakość snu, na nastrój i samopoczucie, nasilenie snu w zależności od pory doby, czynniki zmniejszające i zaostrzające uczucie snu.

Wnioski: Mimo wzrastającego zainteresowania powyższymi chorobami, nigdy nie oceniano snu w wybranych zagadnieniach. Z uzyskanych wyników badań można również określić rodzaj oraz nasilenie snu, które ma duże znaczenie w określaniu tzw. wskaźnika aktywności choroby (nasilenia stanu zapalnego) i wystandaryzowane może pełnić funkcję wskaźnika prognostycznego dalszej utraty włosów. Wskaźnik taki został opracowany dla LPP jako LPP Activity Index (LPPAI) w 2011 r., brak go dla FFA.

OBRAZ ATOPOWEGO ZAPALENIA SKÓRY WIDZIANY PRZEZ PRYZMAT STRON INTERNETOWYCH PRODUCENTÓW EMOLIENTÓW

Magdalena Żak, Małgorzata Skibińska*

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

*Opiekun pracy

Wstęp: Odpowiednia wiedza na temat atopowego zapalenia skóry (AZS) posiadana przez pacjentów ma znaczący wpływ na przestrzeganie zaleceń lekarskich, co bezpośrednio przekłada się na efekty leczenia.

Cel pracy: Biorąc pod uwagę fakt, że jednym z głównych źródeł pozyskiwania informacji o chorobie jest Internet, postanowiono przeanalizować materiały informacyjne zamieszczone na stronach internetowych producentów emolientów przeznaczonych do pielęgnacji skóry atopowej.

Materiał i metody: Ocena treści zawartych na stronach internetowych producentów emolientów znajdujących się na liście rankingowej Pol-

skiego Towarzystwa Chorób Atopowych (PTCA). Ewaluacji poddano strony internetowe 30 emolientów wymienionych w rankingu PTCA na najlepszy produkt do stosowania przez chorych na atopowe zapalenie skóry. Informacje dostępne na tych stronach oceniono pod kątem zgodności z rekomendacjami diagnostyczno-terapeutycznymi AZS Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego (PTD). Dokonano analizy treści przeznaczonych dla pacjentów odnośnie następujących aspektów: patogenezę, profilaktyki, objawów, czynników nasilających, diagnostyki, leczenia, pielęgnacji skóry oraz innych elementów informacji kierowanych do pacjentów.

Wyniki: Wśród 30 ocenianych stron internetowych 23 zawierały informacje przeznaczone dla pacjentów, poświęcone różnym zagadnieniom dotyczącym atopowego zapalenia skóry. Na 21 z 23 stron pacjenci mogli zapoznać się z najbardziej zgodnymi z rekomendacjami aspektami dotyczącymi pielęgnacji i leczenia skóry atopowej. Największe rozbieżności w odniesieniu do rekomendacji PTD dotyczyły patogenezę (4 na 22 strony) oraz związku AZS z alergią pokarmową (6 na 9 stron poruszających ten temat).

OCENA MIKROKRĄŻENIA U PACJENTÓW Z ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY

Jowita Sroka-Tomaszewska¹, Marcin Hellmann², Jacek Wolf³, Edyta Dąbrowska³, Krzysztof Narkiewicz², Magdalena Trzeciak⁴

¹Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku

²Zakład Diagnostyki Chorób Serca, Gdański Uniwersytet Medyczny

³Centrum Medycyny Translacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

⁴Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest nawracającą, przewlekłą i zapalną chorobą skóry, która przebiega z nasilonym świądem. Liczba osób cierpiących z powodu AZS jest stosunkowo wysoka. Choroba wywiera wyraźne negatywne wpływy socjalne i ekonomiczne, a jej leczenie nadal pozostaje wyzwaniem. Patogeneza schorzenia jest złożona. Rolę odgrywają w niej czynniki genetyczne, immunologiczne, środowiskowe oraz zaburzenia funkcji bariery naskórkowej. W ostatnich latach szczególną uwagę zwraca współwystępowanie innych schorzeń, w tym chorób układu sercowo-naczyniowego. Dysfunkcja śródbłonna jest jedną z najwcześniejszych manifestacji naczyniowych w patogenezie chorób układu krążenia.

Cel pracy: Celem pracy jest analiza oceny mikrokrążenia skóry u pacjentów z atopowym zapaleniem skóry w populacji polskiej.

Materiał i metody: Do badania włączono 11 pacjentów z AZS, w wieku co najmniej 18 lat (grupa badana), oraz 11 osób dobranych bez chorób krążenia z ujemnym wywiadem alergicznym, (grupa kontrolna). Ocenie poddano pięć parametrów HS (*hypoxia sensitivity*), HRindex (%), IRmax (%), HRmax (%), IRindex (%) oceniane podczas badania mikrokrążenia skórno przedramienia przy użyciu metody FMSF (*flow mediated skin fluorescence*).

Wyniki: Średnie wyniki HS, HR_{index}, IR_{max}, HR_{max}, IR_{index} u pacjentów z atopowym zapaleniem skóry wynosiły odpowiednio 67,66; 10,56; 13,37; 18,25; 10,023 w porównaniu z grupą kontrolną 104,12; 12,54; 16,74; 19,29; 12,77. Wszystkie pięć parametrów było niższe u pacjentów z AZS w porównaniu z kontrolą.

Wnioski: Poznanie powiązań pomiędzy powyższymi chorobami pozwoli na wczesne wykrycie, monitorowanie, wdrożenie odpowiedniej profilaktyki, ułatwienie podejmowania decyzji terapeutycznych i wyniki leczenia u chorych predysponowanych do rozwoju patologii układu krążenia.

MIKROCZERNIAK JAKO WYZWANIE DIAGNOSTYCZNE — JEDNOOŚRODKOWE BADANIE RETROSPEKTYWNE

Jakub Żółkiewicz, Martyna Sławińska*, Michał Sobjanek*

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

*Opiekunowie pracy

Wstęp: Diagnostyka drobnych zmian melanocytarnych stanowi wyzwanie diagnostyczne, ponieważ wykwyty te nie zawsze podporządkowują się znanym algorytmom dermoskopowym. Wyniki uprzednio przeprowadzonych badań wskazują, że mikroczerńki nawet w 40–76,5% wykazują niespecyficzny obraz dermoskopowy.

Cel pracy: Celem pracy była analiza kliniczna i dermoskopowa pacjentów z rozpoznaniem mikroczerńki, diagnozowanych i leczonych w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Materiał i metody: Retrospektywnie przeanalizowano dane kliniczne i dermoskopowe pacjentów z rozpoznaniem czerniaka diagnozowanych i leczonych w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2017–2021. Dane kliniczne i histopatologiczne pozyskano z elektronicznej dokumentacji medycznej za pomocą programu Medstream Designer, dane dermoskopowe na podstawie analizy archiwum zdjęć dermoskopowych Kliniki Dermatologii. Jako kryterium rozpoznania mikroczerńki przyjęto wymiar zmiany < 5 mm.

Wyniki: W analizowanej grupie 330 pacjentów z rozpoznaniem czerniaka diagnozowanych i leczonych w analizowanym przedziale czasowym, 18 wykwitów spełniało przyjęte kryterium rozpoznania mikroczerńki, przy czym dla 12 była dostępna dokumentacja kliniczna i dermoskopowa. W tej grupie stwierdzono przewagę kobiet (n = 7); średnia wieku wynosiła 52,08 roku. Zmiany najczęściej umiejscowione były na kończynie dolnej (n = 5) oraz w obrębie głowy (n = 3). Jedynie w dwóch przypadkach zmiany miały morfologię guzka. U 41,67% pacjentów (n = 5) na podstawie badania histopatologicznego rozpoznano czerniaka *in situ*; u pozostałych — czerniaka inwazyjnego (średnia grubość nacieku według Breslawa 0,76 mm). Wykwity przeanalizowano również za pomocą 7-punktowej listy kontrolnej oraz algorytmu „Chaos i wzory”.

Wnioski: Choć mikroczerńki stanowią stosunkowo niewielki odsetek rozpoznawanych czerniaków, potrzebna jest czujność diagnostyczna, ponieważ drobny charakter zmiany nie wyklucza czerniaka inwazyjnego. Dermoskopia nie zawsze jest pomocna w diagnostyce mikroczerńki, w pewnych sytuacjach bardziej istotny jest kontekst kliniczny.

SKUTECZNOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO ŚWIATŁA NIEBIESKIEGO W LECZENIU ATOPOWEGO ZAPALENIA SKÓRY I ŁUSZCZYCY POSPOLITEJ

Daniel Nolberczak, Magda Sadowska, Aleksandra Lesiak*

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

*Opiekun naukowy

Wstęp: W ostatnim czasie pojawiają się coraz częstsze doniesienia na temat możliwości zastosowania światła niebieskiego (450 nm) w leczeniu chorób dermatologicznych. Wykazano, że światło to posiada działanie przeciwzapalne i antyproliferacyjne, stąd też terapia przy jego użyciu może mieć korzystny wpływ u pacjentów z przewlekłymi zapalnymi chorobami skóry.

Cel pracy: W pracy oceniliśmy klinicznie skuteczność terapii światłem niebieskim u chorych z atopowym zapaleniem skóry oraz łuszczycą pospolitą.

Materiał i metody: Do badania włączono 43 pacjentów (dorośli i dzieci w wieku powyżej 8 lat), 21 z łuszczycą pospolitą (PsV) i 22 z atopowym zapaleniem skóry (AZS). Naświetlania stosowano za pomocą urządzenia PHLECS Full Body Blue GEN 1.0 przez 30 minut 3–5 razy w tygodniu, łącznie 20 naświetlań. U każdego pacjenta przeprowadzono szczegółowy wywiad medyczny oraz oceniono fototyp skóry wg Fitzpatricka. Pacjenci wypełniali kwestionariusz jakości życia (DLQI) oraz 10-punktową skalę nasilenia świądu. W celu oceny skuteczności stosowano również odpowiednio skalę PASI i PGA u pacjentów z PsV, oraz SCORAD i EASI u chorych z AZS. Po 10 i 20 naświetlaniach, powtarzano ocenę wszystkich skal.

Wyniki: W grupie pacjentów z atopowym zapaleniem skóry wykazano zmniejszenie EASI (średnie EASI 13 vs. 9) i SCORAD (średnie SCORAD 45 vs. 23) po 10 naświetlaniach oraz zmniejszenie świądu (6 vs. 4) i poprawę jakości życia (p < 0,05). W grupie pacjentów z łuszczycą pospolitą obserwowano zmniejszenie PASI (średni PASI 12 vs. 7) oraz znaczną poprawę jakości życia (DLQI 15 vs. 7). W obydwu badanych grupach nie zaobserwowano poważnych skutków ubocznych, 27 chorych zgłaszało uczucie gorąca podczas naświetlania zaś u 2 chorych wystąpiła przejściowa hiperpigmentacja.

Wnioski: Terapia światłem niebieskim wykazała korzystny wpływ na ustępowanie zmian skórnych oraz świądu, a także poprawę jakości życia u pacjentów z PsV i AZS, nie powodując poważnych efektów ubocznych. Potrzebne są jednak badania dotyczące długoterminowego wpływu niebieskiego światła na skórę.

LISZAJ PŁASKI: MIARODAJNA OCENA NASILENIA CHOROBY

Katarzyna Stępień, Ewa Żabska, Adam Reich

Zakład i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Rzeszowski

Wstęp: Liszaj płaski (LP) jest przewlekłą chorobą autoimmunologiczną, która dotyczy skóry, błon śluzowych jamy ustnej i narządów płciowych oraz innych lokalizacji. Podstawową trudnością w ocenie LP jest mnogość postaci choroby i różnorodna lokalizacja zmian. Ponadto brak jest obiektywnego i skonsolidowanego narzędzia do oceny stopnia zaawansowania choroby i progresji LP.

Cel pracy: Celem pracy było opracowanie narzędzia oceny nasilenia LP, które umożliwi ocenę choroby w sposób powtarzalny.

Materiał i metody: Opracowano narzędzie o nazwie *Lichen Planus Activity and Damage Index* (LiPADI) do oceny nasilenia zmian skórnych, śluzówkowych i paznokciowych LP oraz utraty włosów/łysienia, aby zapewnić łączną punktację aktywności LP i uszkodzeń spowodowanych przez chorobę. Zmiany skórne były oceniane w dziewięciu lokalizacjach: skóra głowy, twarz, klatka piersiowa, brzuch, plecy i pośladki, ramiona, ręce, nogi i stopy. Ocena aktywności zmian obejmowała rumień, przerost i łuszczenie, natomiast uszkodzenie odzwierciedlała ocena hiperpigmentacji i blizn/zaniku skóry. Ponadto oceniano również zmiany na błonach śluzowych, nieprawidłowości w obrębie paznokci, utratę włosów i łysienie bliznowaciejące. Ocenę LiPADI porównano z jakością życia ocenianą za pomocą *Dermatology Life Quality Index*, kalkulatora EQ-5D, nasileniem bólu i świądu ocenianym za pomocą *Numerical Rating Scale* oraz z globalną oceną ciężkości choroby dokonaną przez pacjenta i lekarza.

Wyniki: Wykazano, że LiPADI dobrze odzwierciedla stan kliniczny pacjenta z LP. Uzyskane wyniki korelowały z innymi ocenianymi wskaźnikami. Ponadto możliwa była ocena pacjentów z różnymi postaciami i lokalizacjami LP, co wskazuje na uniwersalność tej metody oceny nasilenia LP.

Wnioski: LiPADI wydaje się być przydatnym narzędziem do pomiaru nasilenia LP i jego postępu w czasie, co może pomóc w monitorowaniu skuteczności leczenia pacjentów.

KANDYDAT DO LECZENIA METHOTREXATEM — NA CO POWINIŃMY ZWRÓCIĆ UWAGĘ PRZED WŁĄCZENIEM LEKU U PACJENTA?

Magdalena Wojtczak, Anna Woźniacka, Agnieszka Żebrowska

Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersyteckie Centrum Klinicznej im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi

Wstęp: Methotrexat jest lekiem immunosupresyjnym znajdującym zastosowanie w wielu jednostkach chorobowych z zakresu dermatologii. Obserwuje się znaczne różnice osobnicze dotyczące skuteczności leczenia methotrexatem oraz występowania objawów niepożądanych. Poszukiwane są biochemiczne i kliniczne markery, które pozwoliłyby przewidzieć odpowiedź na leczenie tym lekiem. W ostatnim czasie badacze zwracają także uwagę na rolę czynników genetycznych, które mogą wpływać na skuteczność leczenia methotrexatem oraz występowanie działań niepożądanych w trakcie leczenia.

Cel pracy: Celem badania jest poszukiwanie zależności pomiędzy występowaniem polimorfizmów genowych (m.in. RFC G80A) u pacjentów leczonych methotrexatem a odpowiedzią na leczenie oraz tolerancją stosowanej terapii. Ważną rolę w metabolizmie methotrexatu (MTX) wydaje się pełnić białko RFC-1, będące zredukowanym przENOŚNIKIEM folianów, które jest głównym dokomórkowym transporterem tego leku. Polimorfizm genu RFC G80A (rs 1051266) prowadzi do zastąpienia histydyną argininy w kodonie 27 w pierwszej domenie przezbłonowej białka RFC-1. Istnieją doniesienia, że występowanie genotypu 80AA wiąże się z dobrą odpowiedzią na leczenie, ale jednocześnie ze zwiększeniem aktywności aminotransferaz. Badania przeprowadzone przez innych naukowców sugerują, że obecność genotypu 80GG zwiększa występowanie działań niepożądanych i wiąże się z większym ryzykiem infekcji.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowią pacjenci zakwalifikowani do leczenia methotrexatem ze wskazań dermatologicznych w wieku 18–90 lat. Dawka methotrexatu była ustalana indywidualnie dla każdego pacjenta (7,5–25 mg/tydzień). U pacjentów planowanych do terapii methotrexatem pobierano krew i mocz do badań laboratoryjnych celem kwalifikacji pacjenta do leczenia. Dokonano oceny aktywności choroby za pomocą dostępnych skal (łuszczyca — PASI, atopowe zapalenie skóry

— SCORAD, EASI, pemfigoid —BPDAl). Od każdego pacjenta pobrano krew do badań farmakogenetycznych. Z krwi zostało wyizolowane DNA, a następnie za pomocą reakcji PCR — RFLP oceniono warianty polimorfizmu genowego RFC G80A. W trakcie wizyt kontrolnych po 4, 8 i 16 tygodniach od włączenia leku pacjenci byli ponownie oceniani przez lekarza pod kątem skuteczności, bezpieczeństwa leczenia i występowania działań niepożądanych.

Wyniki: W trakcie analizy.

Wnioski: Dalsze badania nad czynnikami wpływającymi na odpowiedź na leczenie i tolerancję methotrexatu mogą pomóc w indywidualizacji leczenia pacjentów dermatologicznych oraz umożliwić opracowanie algorytmów, pomagających lekarzom w podjęciu decyzji o terapii tym lekiem.

WYKORZYSTANIE OBRAZOWANIA 3D W MONITOROWANIU LECZENIA MALFORMACJI KAPILARNYCH TYPU PORT WINE STAIN LASEROTERAPIĄMichał Paprocki¹, Bartłomiej Kwiek¹, Anna Mataczyńska¹, Jan Szczękulski²¹Klinika Ambroziak, Uczelnia Łazarskiego w Warszawie²University of Liverpool, The Hut Group Manchester

Wstęp: Dotychczasowe badania wykazały skuteczność leczenia PWS za pomocą lasera 532 nm o dużej plamce, z medianą maksymalnej poprawy uzyskanej podczas leczenia (GCE max) wynoszącą 50–70%.

Cel pracy: Celem badania jest ocena skuteczności leczenia PWS przy użyciu lasera 532 nm o dużej plamce w dłuższym okresie czasu.

Materiał i metody: Do badania włączono 64 pacjentów rasy kaukaskiej w wieku 6–59 lat, u których zastosowano 2–30 sesji laserowych. Pacjenci mieli wykonane zdjęcia 3D przed i po leczeniu laserem Nd:YAG 532 nm o dużej plamce i chłodzeniem kontaktowym. Przeprowadzono obiektywną analizę procentowej poprawy w oparciu o cyfrową ocenę 3D połączonej poprawy koloru i obszaru (GCE, *global clearance effect*).

Wyniki: Mediana maksymalnej poprawy uzyskanej w trakcie leczenia (GCE max) wyniosła 59,1% (GCE 59). W przypadku dwóch pierwszych zabiegów laserowych mediana maksymalnej poprawy wynosiła 28,46%, natomiast w przypadku pierwszych 5, 10, 15 i 20 zabiegów laserowych mediana całkowitej maksymalnej poprawy wynosiła odpowiednio 45,48%; 56,57%; 56,97% i 56,96%. Na podstawie czasu, jaki upłynął pomiędzy zabiegami, podzielono je na grupy czasowe i stwierdzono zależność pomiędzy grupą czasową a ujemną poprawą klirensu całkowitego.

Wnioski: Analiza wskazuje, że laser 532 nm o dużej plamce jest wysoce skuteczny w leczeniu PWS. Dalsze analizy dowodzą, że pierwsze pięć zabiegów laserowych ma wyższą skuteczność, a poprawa zaczyna się wyrównywać około 10. wizyty. Stwierdzoną korelację między grupami czasowymi a skutecznością leczenia można tłumaczyć zaostrzeniem się PWS w czasie, co wskazuje na konieczność dalszego leczenia co dwa lata w celu przeciwdziałania pogorszeniu.

OCENA BEZPIECZEŃSTWA I SKUTECZNOŚCI INHIBITORÓW INTERLEUKINY 17 W TERAPII ŁUSZCZYCY

Katarzyna Krupa, Aleksandra Lesiak, Małgorzata Skibińska, Joanna Narbutt

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

Wstęp: Łuszczyca jest przewlekłą chorobą zapalną skóry. Jej częstość występowania wynosi około 1–3% populacji. Wykazano związek przewlekłego stanu zapalnego występującego w łuszczycy z zespołem metabolicznym, nadciśnieniem tętniczym, hiperlipidemią, cukrzycą, chorobą niedokrwinną serca, w związku z czym skuteczne leczenie łuszczycy stanowi również profilaktykę tych chorób. Patogeneza łuszczycy jest złożona, bierze w niej udział wiele komórek składowych układu immunologicznego oraz wydzielanych przez nie cytokin. Jedną z kluczowych cytokin biorących udział w patogenezie łuszczycy jest interleukina 17 (IL-17). Z tego powodu leki będące inhibitorami IL-17 stanowią ważną grupę w leczeniu łuszczycy. W Polsce w programie lekowym dostępne są dwa inhibitory IL-17: sekukinumab oraz iksekizumab.

Cel pracy: Celem pracy była ocena bezpieczeństwa i skuteczności sekukinumabu i iksekizumabu oraz częstości występowania działań niepożądanych tych leków w praktyce klinicznej.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 56 pacjentów dorosłych leczonych sekukinumabem oraz 26 pacjentów leczonych iksekizumabem. Dawkowanie leków było zgodne z ChPL. Dokonano oceny PASI, BSA oraz DLQI przed rozpoczęciem terapii oraz w 12. tygodniu leczenia.

Wyniki: Przed włączeniem leczenia średnie PASI wynosiło 20,1, BSA 19,2%, DLQI 20. W 12. tygodniu leczenia sekukinumabem zanotowano redukcję PASI-100 u 73% badanych, PASI-90 u 82% badanych, PASI-75 u 92% badanych. Dla iksekizumabu odpowiednio u 76%, 96% i 100%. Wśród działań niepożądanych leczenia obserwowano podwyższenie poziomu enzymów wątrobowych (u 9% pacjentów), infekcje grzybicze (4%), zaburzenia żołądkowo-jelitowe (4%), nadreaktywny pęcherz moczowy (2%), pokrzywkę (2%), pokrzywkę barwnikową (1%).

Wnioski: Podczas 12-tygodniowej obserwacji pacjentów leczonych sekukinumabem i iksekizumabem oceniono ww. leki jako bezpieczne i skuteczne.

SPIRONOLAKTON — DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE WYSTĘPUJĄCE PODCZAS TERAPII U PACJENTEK Z WYBRANYMI TYPMI ŁYSIEŃ NIEBLIZNOWACIJCZYCH

Iga Siemasz¹, Piotr Szlązak²

¹Happyderm, Wrocław

²Dermedica, Gdańsk

Wstęp: Spironolakton od ponad 30 lat wykorzystuje się w dermatologii jako lek o działaniu antyandrogenowym w terapii łysienia, trądziku czy hirsutyzmu. Istnieje niewiele dostępnych publikacji na temat długoterminowego bezpieczeństwa oraz tolerancji terapii leczenia wypadania włosów różnymi dawkami leku (25–200 mg). Spośród najczęściej wymienianych działań niepożądanych opisywane są: hipotensja, nieprawidłowości elektrolitowe, bóle głowy, ginekomastia oraz zaburzenia miesiączkowania.

Cel pracy: W pracy analizujemy działania niepożądane, występujące w grupie 189 pacjentek leczonych spironolaktonem z powodu łysień niebliznowacjących.

Materiał i metody: Dane zgromadzone na podstawie analizy dokumentacji medycznej 189 pacjentek leczonych spironolaktonem z powodu utraty włosów w przychodni Dermedica w Gdańsku w latach 2008–2019, u których lek był stosowany w najwyższej dobrze tolerowanej dawce (zwiększanej w zakresie 25–200 mg).

Wyniki: Spośród 189 pacjentek 146 zgłosiło działania niepożądane, z czego u 105 pacjentek objawy okazały się przemijające lub ustąpiły w wyniku redukcji dawki. Decyzją lekarza leczenie zostało przerwane u 16 pacjentek, a 29 kobiet samodzielnie odstawiło lek. Trzydzieści jeden pacjentek leczonych było dawką 200 mg bez jakichkolwiek współistniejących objawów. Do najczęstszych działań niepożądanych należały wcześniej niewystępujące zaburzenia miesiączkowania (54/174), bóle i zawroty głowy (31) ogólnie złe samopoczucie, osłabienie i senność (36), skurcze łydek (17) hiperkaliemia (13) oraz uczucie zaburzeń pracy serca (11). Rzadszym problemem okazały się: spadek ciśnienia tętniczego (6) i obrzęk piersi (4).

Wnioski: Na podstawie analizy 189 przypadków można wysnuć wnioski, że leczenie spironolaktonem wydaje się bezpieczne. Skutki uboczne, mimo, że występują często, zwykle są przemijające i nieczęsto stanowią przyczynę do odstawienia leku. Badania będą kontynuowane, ze względu na możliwość zebrania większej i bardziej reprezentatywnej grupy pacjentek, co umożliwi uzyskanie pełniejszych obserwacji.

PRZYDATNOŚĆ WYBRANYCH NIEINWAZYJNYCH METOD BADAWCZYCH W OCENIE STRUKTURY I CZYNNOSCI NARZĄDU PAZNOKCIOWEGO RĄK

Marta Szymoniak-Lipska, Adriana Polańska, Ryszard Żaba, Zygmunt Adamski, Aleksandra Dańczak-Pazdrowska

Oddział Kliniczny Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Wstęp: Celem pracy jest ewaluacja przydatności wybranych nieinwazyjnych metod badawczych [ultrasonografii wysokich częstotliwości (HF-USG, *high-frequency ultrasonography*), przezpłytkowej utraty wody (TOWL, *transonychia water loss*), przelnaskórkowej utraty wody (TEWL,

transepidermal water loss), fotopletyzmoigrafii (PPG, *photoplethyspography*) i kapilaroskopii] w ocenie struktury i czynności narządu paznokciowego (NP) rąk.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na pełnoletnich ochotnikach (40 kobiet, 41 mężczyzn), którzy nie wykazywali klinicznie jawnej onychopatii. Nie cierpieli na cukrzycę, ciężką niewydolność krążenia czy niewydolność oddechową. Do analizy nie były włączane osoby obciążone takimi dermatozami, jak łuszczyca, łysienie plackowate, czy też innymi, w przebiegu których mogą występować zmiany paznokciowe. Ochotnicy mieli ujemny wywiad w kierunku objawu Raynauda oraz chorób tkanki łącznej.

Wyniki: W badaniu HF-USG NP rąk uwidoczono różnice się eho-genicznością składowe NP. Wykazano, że grubość płytki paznokciowej zależy od rodzaju palca, i zarówno w ręce dominującej jak i niedominującej, maleje wraz z oddalaniem się od kciuka. Stwierdzono także zależność grubości płytki paznokciowej od płci, wartości istotnie wyższe odnotowano w grupie mężczyzn. Wykazano, że wraz z oddalaniem się od kciuka, niezależnie od rodzaju ręki wartość TEWL wału proksymalnego rąk malała, a wartość TOWL rosta. Oceniając mikrokrążenie stwierdzono, że odchylenia kapilaroskopowe są obecne wśród większości badanych osób bez chorób tkanki łącznej czy objawu Raynauda, a obrazy prawidłowe częściej widziane są wśród kobiet. Skupiając się natomiast na analizie PPG zauważono, że wyniki pomiarów zależą od płci oraz wieku. Kobiety oraz osoby starsze osiągają gorsze wyniki PPG. Nie potwierdzono związku pomiędzy wynikami kapilaroskopii a PPG u osób bez raportowanych w wywiadzie zaburzeń mikrokrążenia. Ponadto ustalono, że średnia grubość płytki paznokciowej rąk jest zależna od stanu mikrokrążenia.

Wnioski: Nieinwazyjne metody badawcze bezspornie stanowią istotne wsparcie w diagnostyce NP, umożliwiając jego całościową ocenę, zarówno strukturalną, jak i funkcjonalną.

WPLYW ŁUSZCZYCY PLACKOWATEJ NA AKTYWNOŚĆ FIZYCZNĄ I PLANY URLOPOWE CHORYCH W POLSCE

Ewa Raducha, Monika Różewicka-Czabańska, Romuald Maleszka, Mariola Marchlewicz

Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Wstęp: Badano wpływ łuszczycy plackowatej na aktywność fizyczną i plany urlopowe chorych. Negatywne oddziaływanie łuszczycy na powyższe sfery życia pacjentów jest złożonym zagadnieniem. Obejmuje między innymi aspekty psychiczne, wynikające przede wszystkim z niechęci do publicznego eksponowania zmian skórnych oraz ograniczenia fizyczne związane z chorobą, takie jak świąd czy dolegliwości stawowe. Analizowano przejawy, przyczyny oraz częstość negatywnego oddziaływania łuszczycy na wypoczynek i wysiłek ruchowy pacjentów. Wpływ łuszczycy oceniano również w kontekście zaawansowania choroby.

Materiał i metody: Materiał badawczy obejmował 150 pełnoletnich pacjentów, zrekrutowanych w Klinice Chorób Skórnych i Wenerycznych PUM, obciążonych łuszczycą plackowatą z obecnością aktywnych zmian skórnych. Badanie oparto na kwestionariuszach, zarówno na ankietce autorskiej, jak i na narzędziach walidowanych.

Wyniki: Ponad połowa pacjentów obserwowała negatywny wpływ łuszczycy na plany urlopowe oraz aktywność fizyczną, przede wszystkim z uwagi na obecność widocznych zmian skórnych. Wśród innych, uciążliwych w trakcie wypoczynku i wysiłku fizycznego przejawów łuszczycy, pacjenci wymieniali najczęściej świąd, dyskomfort i pieczenie oraz ból z umiejscowieniem ognisk chorobowych w fałdach skórnych oraz bóle stawów. Nie bez znaczenia były dla pacjentów również metody stosowanego leczenia przeciwłuszczykowego i koszty z nimi związane. Zaobserwowano istnienie korelacji między stopniem zaawansowania łuszczycy, a jej niekorzystnym wpływem na wypoczynek i aktywność ruchową chorych.

Wnioski: Łuszczyca plackowata, a w szczególności obecność zmian skórnych w miejscach eksponowanych oraz bardziej zaawansowana postać choroby, niekorzystnie wpływają na formy spędzania urlopu i wysiłku fizycznego pacjentów. Niechęć przed odsłanianiem zmian skórnych stanowi dla chorych największe ograniczenie w podejmowaniu aktywności ruchowej i rekreacyjnej. W kontekście ogólnoustrojowego charakteru łuszczycy istotne jest zwrócenie pacjentom uwagi na korzyści płynące z prowadzenia zdrowego stylu życia obejmującego aktywność fizyczną i wypoczynek. Sytuację chorych może poprawić rozpowszechnienie wiedzy na temat łuszczycy.

ZJAWISKO KORZYSTANIA Z METOD O NIEUDOWODNIONEJ LUB NIEPEWNEJ SKUTECZNOŚCI WŚRÓD PACJENTÓW CHORYCH NA ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY — BADANIE ANKIETOWE

Alicja Mesjasz¹, Magdalena Trzeciak²

¹Dermatologiczne Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Atopowe zapalenie skóry to częsta, przewlekła dermatoza. Choroba ta obniża jakość życia pacjentów i ich rodzin oraz prowadzi do licznych frustracji. Pacjenci z atopowym zapaleniem skóry poszukują różnych możliwości terapeutycznych, w tym niekonwencjonalnych.

Materiał i metody: 114 respondentów wypełniło anonimową ankietę online stworzoną przez formularz Google i udostępnioną na internetowych grupach wsparcia oraz wydarzeniu edukacyjnym na temat atopowego zapalenia skóry skierowanego do pacjentów. Średni wiek osoby chorej wynosił 9,5 roku. Kwestionariusz był podzielony na 3 części: demografię, ocenę rzetelności i poziomu zaufania do źródeł pozyskiwanej wiedzy o atopowym zapaleniu skóry oraz najczęściej stosowane praktyki o nieudowodnionej lub niepewnej skuteczności, wyróżnione na podstawie publikacji oraz internetowych grup wsparcia.

Wyniki: Internet jest, zaraz po gabinecie lekarskim, najczęstszym źródłem wiedzy o atopowym zapaleniu skóry. Informacji na temat tej choroby poszukuje 81% ankietowanych na internetowych grupach wsparcia, a 57% na blogach. Osiemdziesiąt cztery procent respondentów ocenia rzetelność źródeł, z których czerpie wiedzę na temat atopowego zapalenia skóry na 7 lub więcej w 10-stopniowej skali. Wśród pacjentów dużą popularnością cieszą się oleje roślinne; 36% ankietowanych stosowało na zmiany skórne olej z czarnuszki, a 30% olej kokosowy; 83% badanych korzystało z doustnych probiotyków w celu zmniejszenia objawów skórnych w atopowym zapaleniu skóry, a 26% zasięgało opinii homeopatyz; 37% respondentów stosowało produkty zawierające kannabinoidy.

Wnioski: Badanie pokazuje mnogość praktyk o nieudowodnionej lub niepewnej skuteczności, które są wykorzystywane przez pacjentów chorych na atopowe zapalenie skóry. Szerzenie rzetelnych źródeł wiedzy oraz rozmowa na temat stosowanych metod radzenia sobie z chorobą wydają się być bardzo istotne.

ZABURZENIA UKŁADU SALUZYN W PATOGENEZIE POWIKŁAŃ NACZYNIOWYCH TWARDZINY UKŁADOWEJ

Joanna Nowaczyk¹, Leszek Blicharz², Michał Zawistowski³, Mariusz Sikora², Michał Zaremba², Joanna Czuwara², Lidia Rudnicka²

¹Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus w Warszawie

²Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

³Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

Wstęp: Twardzina układowa to autoimmunologiczna ogólnoustrojowa choroba tkanki łącznej, charakteryzująca się uszkodzeniem naczyń oraz postępującym włóknieniem skóry i narządów wewnętrznych. Zmiany naczyniowe najczęściej poprzedzają włóknienie tkanek, dlatego uznaje się je za istotne w patogenie choroby. Saluzyna- α i saluzyna- β to endogenne peptydy o przeciwstawnym działaniu, biorące udział w procesach zapalenia i włóknienia związanych z wydzielaniem cytokin prozapalnych oraz aktywacją szlaków proliferacji komórek mięśni gładkich naczyń.

Cel pracy: Celem projektu jest ocena zaburzeń układu saluzyn w przebiegu twardziny układowej. Do celów szczegółowych należy zbadanie związku stężenia poszczególnych saluzyn z aktywnością choroby i zajęciem narządowym w twardzinie układowej.

Materiał i metody: Przeprowadzono retrospektywne badanie kohortowe. Do badania włączono 49 pacjentów z twardziną układową (92% kobiet, mediana wieku, 57) oraz 25 zdrowych ochotniczek. Kryteriami wykluczenia były: wiek poniżej 18 lat, aktywna choroba nowotworowa, infekcja, ciąża, przewlekłe stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych i leków sterydowych oraz modyfikacja leczenia choroby podstawowej w ostatnim miesiącu. Wszyscy pacjenci w grupie badawczej otrzymywali leczenie reologiczne, natomiast 27 pacjentów (56%) otrzymywało również jednoczesną immunosupresję (mykofenolan mofetylu, metotreksat, cyklofosfamid).

Wyniki: Stwierdzono znacząco wyższe stężenie saluzyny- α w surowicy krwi pacjentów z twardziną układową niż u osób zdrowych ($p = 0,004$). Pacjenci z twardziną układową otrzymujący leki immunosupresyjne mieli wyższe stężenia saluzyny- α w surowicy w porównaniu z osobami bez leczenia immunosupresyjnego ($p = 0,026$). Występuje umiarkowanie silny negatywny związek pomiędzy stężeniem kreatyniny w surowicy a stężeniem saluzyny alfa ($r = -0,31$, $p = 0,038$) oraz beta ($r = -0,36$, $p = 0,014$). Nie zaobserwowano zależności między stężeniami saluzyn a pozostałymi punktami końcowymi dotyczącymi zajęcia narządowego.

Wnioski: Podwyższone stężenie saluzyny- α u pacjentów z twardziną układową przyjmujących leczenie reologiczne, a w szczególności skojarzone z immunosupresyjnym, może odpowiadać za zmniejszenie nasilenia dysfunkcji śródbłonna naczyń oraz tworzenia blaszki miażdżycowej. Dla potwierdzenia tej hipotezy konieczne są dalsze badania prospektywne na większej grupie pacjentów.

OCENA SKUTECZNOŚCI KLINICZNEJ ENKAPSULATU KWASU 5-AMINOLEWULINOWEGO W POLIAMIDOAMINOWYM NOŚNIKU DENDRYMEROWYM W LECZENIU STANÓW PRZEDNOWOTWOROWYCH SKÓRY Z WYKORZYSTANIEM TERAPII FOTODYNAMICZNEJ

Dominika Kwiatkowska, Ewelina Mazur, Adam Reich

Klinika Dermatologii, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

Wstęp: Celem pracy było opracowanie nowej formuły galenicznej i kliniczna ocena skuteczności preparatu zawierającego enkapsulat kwasu 5-aminolewulinowego w nośniku dendrymeru poliamidoaminowego (ALA@PAMAM) w terapii fotodynamicznej, w grupie pacjentów z rogowaceniami słonecznymi.

Materiał i metody: Do badania zakwalifikowano 40 pacjentów z rogowaceniami słonecznymi rozpoznanych w oparciu o kryteria kliniczne i dermatoskopowe. U wszystkich chorych została wykonana ocena wideodermatoskopem VISIOMED D200EVO z dokumentacją fotograficzną oraz za pomocą laserowego mikroskopu konfokalnego (RCM) VivaScope 1500. Kolejno wykonano zabieg terapii fotodynamicznej z zastosowaniem nowej formuły galenicznej preparatu zawierającego enkapsulat ALA@PAMAM. Preparat aplikowano zewnętrznie na miejsca chorobowo zmienione. Badanie obejmowało serię 4 zabiegów, w odstępach 4 tygodni. Kolejno okolicę pozabiegową poddano ocenie dermatoskopowej oraz mikroskopii konfokalnej.

Wyniki: Opracowano stabilną formułę galeniczną miejscowego preparatu zawierającego enkapsulat ALA@PAMAM. 100% pacjentów oceniło tolerancję leczenia jako bardzo dobrą, przy braku obecności dolegliwości bólowych (NRS 0/10) zarówno w trakcie, jak i po zabiegu. Ponadto w badanej grupie pacjentów nie obserwowano odczynów miejscowych. Podczas 3-miesięcznego okresu obserwacji większość pacjentów wykazała zadowalającą odpowiedź kliniczną.

Wnioski: Opracowana przez nas nowa formuła galeniczna preparatu zawierającego enkapsulat ALA@PAMAM wydaje się być skutecznym fotouczulaczem w leczeniu stanów przednowotworowych skóry za pomocą terapii fotodynamicznej. Dodatkowo jego zastosowanie pozwoliło na całkowitą redukcję dolegliwości bólowych będących częstym działaniem niepożądanym terapii fotodynamicznej.

CZY CZYNNIKI WEWNĘTRZNE I ZEWNĘTRZNE MAJĄ WPŁYW NA SKUTECZNOŚĆ LECZENIA OMALIZUMABEM PRZEWLEKŁEJ POKRZYWKI SPONTANICZNEJ? — WŁASNE DOŚWIADCZENIA

Natalia Bień, Klaudia Lipińska

Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej, Klinicznej i Zabiegowej, Łódź

Wstęp: Przewlekła pokrzywka spontaniczna (PPS) jest długotrwałą chorobą charakteryzującą się nagłym pojawieniem się bąbli pokrzywkowych i/lub obrzęku naczynioruchowego bez uchwytnej przyczyny, trwającym co najmniej 6 tygodni. Omalizumab jest rekombinowanym, humanizowanym przeciwciałem przeciwko IgE, który jest lekiem z wyboru przy nieskuteczności leczenia przeciwhistaminowego. W Polsce według refundacji podawany w 6-miesięcznych cyklach — 300 mg raz w miesiącu.

Cel pracy: Celem badania była retrospektywna analiza pacjentów z PPS leczonych omalizumabem w oddziale dermatologicznym w celu oceny możliwych czynników mogących mieć wpływ na skuteczność zastosowanej terapii.

Materiał i metody: Przeprowadzono dwuletnią retrospektywną analizę pacjentów z PPS leczonych omalizumabem. Dane pacjentów analizowano pod kątem wieku, płci, rozpoznania medycznego (ICD-10), wskaźników nasilenia choroby (UAS7, DLQI), czasu trwania i efektów terapii omalizumabem oraz chorób współistniejących.

Wyniki: Od początku 2020 roku leczenie omalizumabem zastosowano u 35 pacjentów z PPS hospitalizowanych w oddziale dermatologicznym. Spośród 33 pacjentów, którzy zakończyli pierwszy cykl terapii, u 24 z nich wznowiono terapię z powodu zaostżenia zmian skórnych po odstawieniu leku. W pierwszym cyklu leczenia średni wskaźnik UAS7 zmniejszył się z 33,15 do 1,8, a w drugim cyklu z 31,2 do 1,71. W grupie pacjentów, którzy musieli przyjąć drugi cykl leczenia, było 4 (16%) pacjentów z dodatnim wywiadem rodzinnym i 6 (24%) z chorobami o podłożu immunologicznym lub autoimmunologicznym. W grupie pacjentów z pełną odpowiedzią po pierwszym cyklu leczenia nie było osób z dodatnim wywiadem rodzinnym, a współistniejące choroby o podłożu immunologicznym lub autoimmunologicznym wystąpiły u 1 (11.1%) osoby.

Wnioski: Nasze badanie potwierdziło, że kolejne cykle terapii omalizumabem mają podobną skuteczność do pierwszego cyklu. Sugerujemy również, że niektóre czynniki wewnętrzne takie jak dodatni wywiad rodzinny lub współwystępowanie innych chorób immunologicznych lub autoimmunologicznych, mogą pogarszać odpowiedź na zastosowane leczenie. Wymaga to jednak potwierdzenia w randomizowanych badaniach na większej grupie pacjentów.

OBRAZ BARWNIKOWEGO I BEZBARWNIKOWEGO BCC W STANDARDOWEJ DERMOSKOPII ORAZ W DERMOSKOPII WYSOKICH POWIĘKSZEŃ

Joanna Pogorzelska-Dyrbus

Specjalistyczna Praktyka Lekarska, Tychy

Wstęp: Rak podstawnomórkowy (BCC) jest najczęstszym nowotworem skóry, typ guzkowy stanowi najczęstszy jego wariant. Dotychczasowe opisy dermoskopowe BCC dotyczyły obrazów w dermoskopii standardowej. Dermoskopia wysokich powiększeń (OSHMD, *optical super-high magnification dermoscopy*), jest nowoczesną metodą, która umożliwia wizualizację struktur niewidocznych w standardowej dermoskopii.

Cel pracy: Celem pracy był opis dwóch typów guzkowych BCC — barwnikowego i bezbarwnikowego — w standardowej dermoskopii i w OSHMD.

Materiał i metody: Badanie wykonane było przy użyciu kamery Mediam 1000, Fotofinder System, powiększenie 20x i 400x.

Wyniki: Przypadki pigmentowanego BCC dotyczą dwóch pacjentów, z guzkiem na skórze brzucha i na lewym policzku. W OSHMD widoczne były naczynia drzewkowate oraz proste, liniowe naczynia ułożone wokół niebieskoszarych globul. Dwa przypadki bezbarwnikowego BCC dotyczą pacjentów z guzkiem na skórze pleców i oraz na skórze przedramienia. W obu przypadkach OSHMD ujawniła naczynia pętlowe o skrajnie rozgałęzionych pętlach.

Wnioski: W pigmentowanych BCC liniowe naczynia były ułożone w formie sieci naczyniowej otaczającej globulki pigmentowe, podczas gdy w niepigmentowanych dominowały naczynia pętlowe z bardzo rozległymi pętlami. Ponadto w pigmentowanych BCC wyraźnie widoczne były gniazda komórek nowotworowych tworzących globulki. Dwa bezbarwnikowe BCC pochodzą z mniej typowych lokalizacji, jakim są przedramię i brzuch. W takich przypadkach diagnostyka stanowi wyzwanie i należy brać pod uwagę wiele innych nowotworów włącznie z czerniakiem. Jest to pierwszy opis struktur dermoskopowych guzkowego BCC z wykorzystaniem OSHMD.

ZMIANY W MIKROBIOMIE SKÓRY U DZIECI Z ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY PO ZASTOSOWANIU FIOLETU GENCIJANY

Joanna Krzysiek¹, Aleksandra Lesiak¹, Magdalena Ciężyńska², Joanna Narbutt¹

¹Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Biegańskiego, Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej w Łodzi

²Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

Wstęp: W najnowszych trendach podkreśla się rolę zaburzeń w zakresie mikrobiomu skóry u pacjentów z atopowym zapaleniem skóry (AZS). Niewystarczająca ochrona naturalnych peptydów przeciwdrobnoustrojowych gospodarza, a także coraz częstsze stosowanie antybiotykoterapii może przyczynić się do wzrostu oporności bakterii. Z tego powodu można rozważyć w leczeniu preparaty antyseptyczne oraz barwniki (np. fioletu gencjany — GV).

Cel pracy: Celem badania jest ocena mikrobiomu w zmianach skórnych u dzieci z AZS po zastosowaniu 2-procentowego wodnego roztworu GV.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono na populacji 30 dzieci z AZS i 30 zdrowych dzieci w wieku 2–12 lat. Materiał pobrano ze zmian wypryskowych z dołu łokciowego przy użyciu płytek odciskowych o powierzchni 25 cm² zawierających *Chromagar Staph aureus*. Próbkę pobrano przed i po 3 dniach stosowania 2-procentowego wodnego GV. Po okresie inkubacji każdą pożywkę zliczono i zidentyfikowano za pomocą systemu testowego Phoenix BD.

Wyniki: W wynikach badania stwierdzono statystycznie istotne zmniejszenie ogólnej liczby bakterii po zastosowaniu 2-procentowego wodnego GV w obu grupach dzieci ($p < 0,05$). U pacjentów z AZS zaobserwowano znaczący spadek liczebności bakterii tj. *Micrococcus spp.* (*M. luteus*, *M. lylae*), *Staphylococcus spp.* (*S. aureus*, *S. capitis*, *S. haemolyticus*, *S. cohnii*). Liczba bakterii z grupy *Staphylococcus spp.* była na porównywalnym poziomie u pacjentów z AZS po leczeniu GV i zdrowych pacjentów przed ekspozycją na GV ($p < 0,05$). Dodatkowo, szczep *Staphylococcus spp.* był zauważalnie różnorodny gatunkowo u pacjentów z AZS, a także pozytywnie skorelowany z czasem trwania choroby. Nie stwierdzono jednak, różnic między częstością występowania *S. aureus*, ciężkością choroby, a wiekiem ($p > 0,05$).

Wnioski: Wyniki tych badań pokazują, że GV nie uszkadza ekosystemu powierzchni skóry i pozwala na zmniejszenie nadmiernej liczby bakterii w zmianach wypryskowych osiągając „bezpieczny” poziom, tj. zbliżonego do poziomu zdrowych dzieci.

OCENA SKUTECZNOŚCI TERAPII FOTODYNAMICZNEJ (PDT) W GRUPIE PACJENTÓW Z LISZAJEM TWARDZINOWYM W OKOLICY ANOGENITALNEJ

Dorota Sobolewska-Sztychny, Aleksandra Lesiak, Joanna Narbutt

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

Wstęp: Liszaj twardzinowy jest przewlekłą chorobą skóry. Występuje w postaci pozagenitalnej i/lub genitalnej. Choroba jest stwierdzana u kobiet i mężczyzn niezależnie od wieku, ale najczęściej dotyczy kobiet w okresie pomenopauzalnym. Etiologia liszaja twardzinowego jest nieznaną. Przypuszcza się, że w jego rozwoju pewną rolę odgrywają czynniki genetyczne, zakaźne, środowiskowe, autoimmunologiczne oraz hormonalne. W większości przypadków zmiany są umiejscowione w okolicy anogenitalnej, co wiąże się z zaburzeniem funkcji seksualnych i możliwością kancerogenezy.

Cel pracy: Celem pracy była ocena skuteczności terapii fotodynamicznej w grupie pacjentów z liszajem twardzinowym w okolicy anogenitalnej.

Materiał i metody: Badaniem objęto 62 pacjentów (58 kobiet i 4 mężczyzn) z liszajem twardzinowym potwierdzonym badaniem histopatologicznym. Przeanalizowano ich choroby towarzyszące oraz przyjmowane leki. W badanej grupie wykonano serię 10 zabiegów z użyciem 10% ALA, w odstępach 2-tygodniowych. Skuteczność naświetlań oceniano na podstawie badania przedmiotowego, uwzględniając obecność nadzerek, stwardnień, hiperkeratozę oraz atrofię (skala 0–4). Oceniono DLQI — (*Dermatology Life Quality Index*) oraz ocenę satysfakcji z leczenia (skala 4-stopniowa). Pacjenci oceniali świąd, pieczenie, ból w skali 0–10. Ocenę wszystkich parametrów przeprowadzono przed naświetlaniami, po serii 10 zabiegów oraz po 6 miesiącach od ostatniego naświetlania.

Wyniki: Stwierdzono istotną poprawę w zakresie stwardnień, hiperkeratozy oraz nadzerek po zastosowanym leczeniu. Nie stwierdzono poprawy w zmianach o charakterze zanikowym. Poprawa utrzymywała się po 6 miesiącach od zakończonego leczenia. Oceniając dolegliwości subiektywne stwierdzono istotną redukcję świądu i pieczenia oraz bólu. Szczegółowe wyniki zostaną przedstawione w trakcie prezentacji.

Wnioski: Po zastosowaniu serii zabiegów PDT zaobserwowano znaczną poprawę kliniczną u większości pacjentów. Metoda ta redukuje dolegliwości subiektywne oraz poprawia jakość życia pacjentów z liszajem twardzinowym. PDT jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia liszaja twardzinowego w obrębie narządów płciowych.

SKUTECZNOŚĆ, BEZPIECZEŃSTWO ORAZ WPŁYW DUPILUMABU NA JAKOŚĆ ŻYCIA I SNU U DZIECI W WIEKU 6–18 LAT Z UMIARKOWANĄ I CIĘŻKĄ POSTACIĄ ATOPOWEGO ZAPALEŃIA SKÓRY

Aleksandra Siekierko, Justyna Ceryn, Aleksandra Lesiak*, Joanna Narbutt*

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

*Opiekunowie pracy

Wstęp: Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest przewlekłą, nawracającą dermatozą zapalną, która wywiera znaczący wpływ na jakość życia pacjentów. Dupilumab jest ludzkim przeciwciałem monoklonalnym skierowanym przeciw receptorowi alfa interleukiny 4 (IL-4), hamującym przekazywanie sygnałów za pośrednictwem IL-4/IL-13. Obecnie w Polsce dupilumab jest refundowany w ramach programu lekowego jedynie u pacjentów powyżej 18. roku życia.

Cel pracy: Celem pracy była ocena bezpieczeństwa i skuteczności dupilumabu, a także wpływ na poprawę jakości życia i snu u dzieci w wieku 6–18 lat, z umiarkowaną i ciężką postacią atopowego zapalenia skóry.

Materiał i metody: Grupą badaną stanowiło 12 dzieci w wieku 6–18 lat (dziewczynki 50%, chłopcy 50%). Pacjenci otrzymywali dupilumab podskórnie w początkowej dawce 400 mg, następnie 200 mg co 14 dni. Przed rozpoczęciem terapii oraz w 12. i 24. tygodniu dokonano oceny skuteczności leczenia za pomocą skal: SCORAD, EASI i BSA, oraz wpływu na poprawę jakości życia i snu za pomocą skal: cDLQI, a także zaburzeń snu i świądu (VAS 0–10).

Wyniki: Przy włączeniu leczenia średni SCORAD wynosił 53,9 (\pm 16,8), EASI 17,8 (\pm 13,4), cDLQI 12,7 (\pm 5,1), nasilenie świądu 5,7 (\pm 3,3), zaburzenia snu 5 (\pm 3,4). W 12. tygodniu terapii odnotowano zmniejszenie nasilenia aktywności choroby oraz poprawę jakości życia i snu w porównaniu z wartością wyjściową: SCORAD — 81,6%, EASI — 69,4%, cDLQI — 63,3%, nasilenie świądu — 46,1%, zaburzenia snu — 53,3%. W 24. tygodniu terapii u pacjentów SCORAD wynosił średnio 10,6 (\pm 8,2), EASI 1,4 (\pm 2,0), cDLQI 4,1 (\pm 5,4), nasilenie świądu 2,8 (\pm 2,2), zaburzenia snu 1,1 (\pm 1,9). EASI75 osiągnęło w 12. tygodniu 56,3% dzieci, EASI90 — 25% badanych, zaś w 24 tygodniu EASI75 — 75%, EASI90 — 66%, EASI 100 — 25% pacjentów. W trakcie leczenia nie odnotowano istotnych działań niepożądanych.

Wnioski: Podczas 24-tygodniowej terapii dupilumabem w leczzonej grupie obserwowano znaczną redukcję aktywności zmian skórnych, nasilenia świądu oraz polepszenie jakości snu.

ANALIZA RYZYKA PROGRESJI SKÓRNYCH POSTACI TOCZNIA RUMIENIOWATEGO DO TOCZNIA UKŁADOWEGO. ZNACZENIE KRYTERIÓW WG ACR, SLICC I EULAR/ACR

Magdalena Stec-Polak, Maciej Pastuszcza

Klinika Dermatologii w Zabrze, ŚUM

Wstęp: Dane literaturowe wskazują, że nawet 5–23% pacjentów ze skórny toczniem rumieniowatym (CLE, *cutaneous lupus erythematosus*) może progresować do postaci układowej tocznia (SLE, *systemic lupus erythematosus*). Analiza wyników badań pokazuje jednak, że w większości przypadków, progresja do SLE jest definiowana jako spełnienie kryteriów rozpoznania SLE według ACR, SLICC lub EULAR/ACR, a nie pojawienia się istotnego klinicznie upośledzenia funkcji narządów wewnętrznych (tj. np. rozwoju niewydolności nerek lub pojawienia się objawów neurologicznych).

Cel pracy: Celem naszego badania była analiza danych epidemiologicznych, klinicznych i laboratoryjnych oraz oszacowanie ryzyka rozwoju SLE wśród pacjentów poradni dermatologicznej leczonych z powodu CLE.

Materiał i metody: Retrospektywnej analizie poddano dane dotyczące 184 pacjentów z CLE, w tym 75 z toczniem rumieniowatym ogniskowym (DLE, *discoid lupus erythematosus*) oraz 109 z podostym skórny toczniem rumieniowatym (SACLE, *subacute cutaneous lupus erythematosus*). Badano odsetek pacjentów spełniających kryteria rozpoznania SLE według 1) ACR 1997, 2) SLICC 2012 oraz 3) EULAR/ACR 2019 w momencie postawienia diagnozy CLE oraz w okresie obserwacji trwającym średnio 58 miesięcy (24–120 miesięcy).

Wyniki: Spośród analizowanej grupy chorych, kolejno: 23,4%, 17,4% i 14,7% spełniało kryteria rozpoznania SLE według ACR 1997, SLICC

2012 oraz EULAR/ACR 2019 w chwili rozpoznania CLE, bez istotnej zmiany tej proporcji w okresie obserwacji. Najczęstszymi odchyleniami w badaniach laboratoryjnych były łagodne cytopenie obwodowe oraz nieznacznie obniżone poziomy składowych dopełniacza. Objawami zgłaszanymi przez chorych były głównie fotonadwrażliwość oraz dolegliwości bólowe stawów. U żadnego pacjenta nie zaobserwowano istotnego klinicznie zajęcia narządowego w przebiegu SLE.

Wnioski: Spośród analizowanych kryteriów, te zaprezentowane przez EULAR/ACR mają największą swoistość w diagnostyce SLE. Pacjenci z CLE, nawet ci spełniający kryteria rozpoznania SLE, mają niskie ryzyko rozwoju poważnych objawów narządowych.

CZY NALEŻY OCENIAĆ AKTYWNOŚĆ DEHYDROGENAZY GLUKOZO-6-FOSFORANOWEJ (G6PD) PRZED PODANIEM DAPSONU U KAŻDEGO PACJENTA, CZY TYLKO W GRUPACH RYZYKA W POPULACJI POLSKIEJ?

Hanna Cisoń, Rafał Białynicki-Birula, Jacek Szepietowski

Szkoła Doktorska Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp: Niedobór dehydrogenazy glukozy-6-fosforanowej (G6PD) jest najczęstszym dziedzicznym zaburzeniem enzymatycznym czerwonych krwinek. Dane epidemiologiczne wskazują, że niedobór enzymu nadaje względną odporność na malarię u heterozygot z niedoborem G6PD, dlatego ten wariant genowy jest powszechny w Afryce, Azji i w Europie Południowej. Osoby z niedoborem G6PD są bardziej narażone na ciężką i ostrą żółtaczkę noworodków oraz reakcję po ekspozycji na niektóre leki i pokarmy. Najistotniejszym lekiem stosowanym przez dermatologów, który jest niebezpieczny dla pacjentów z niedoborem G6PD, jest dapson.

Cel pracy: Na podstawie literatury zdefiniowano grupy ryzyka: pochodzenie z obszarów malarycznych, żółtaczką noworodkową, zaćma, płęć męska.

Materiał i metody: 124 pacjentów Kliniki Dermatologicznej we Wrocławiu, u których zaplanowano leczenie dapsonem włączono do badania. Łącznie wzięło udział 74 kobiet i 50 mężczyzn. Średnia wieku kobiet wynosiła 53,79 lat (6–85 lat) i mężczyźni 56,7 lat (7–85 lat). Aktywność G6PD oznaczano metodą spektrometrii absorpcyjnej w erytrocytach, prawidłowy zakres wynosił 7–20,50 U/g Hb.

Wyniki: Średni poziom aktywności G6PD w erytrocytach w badanej grupie wyniósł 1,56 U/g Hb, a ponadto u żadnego pacjenta aktywności nie była poniżej normy. 41 badanych (33,1%) miało poziom G6PD powyżej normy, a 83 (66,9%) w normie. W badanej grupie chorych 27 z 74 kobiet (36%) i 14 z 50 mężczyzn (28%) miało aktywność G6PD powyżej normy, a w zakresach prawidłowych było 47 z 74 kobiet (44%) i 36 z 50 mężczyzn (72%).

Wnioski: Populacja pacjentów z Polski, która nie jest krajem endemicznym malarii, nie wymaga powszechnego testowania niedoboru G6PD. Na podstawie przeprowadzonych badań i przeglądu literatury należy oznaczyć aktywność G6PD w grupach ryzyka.

CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA HIDRADENITIS SUPPURATIVA W POLSCE

Klaudia Knecht-Gurwin, Jacek Szepietowski, Łukasz Matusiak

Klinika i Katedra Dermatologii, Wenerologii i Alergologii we Wrocławiu

Wstęp: *Hidradenitis suppurativa* to wyniszczająca choroba skóry, manifestująca się obecnością bolesnych guzków podskórnych i ropni złokalizowanych najczęściej w obrębie pach, pachwin i okolicy anogenitalnej. Opóźnienie w ustalaniu ostatecznej diagnozy HS wynosi około 7 lat. Częstość występowania HS znacząco różni się pomiędzy badanymi populacjami, co może być spowodowane nieprawidłowym rozpoznaniem choroby czy błędną klasyfikacją.

Cel pracy: Celem pracy jest określenie częstości występowania tego schorzenia w Polsce na reprezentatywnej grupie. Przyczyni się to do uświadomienia problemu zarówno wśród klinicyстів jak i pacjentów, co zapobiegnie powikłaniom, wynikającym z opóźnienia procesu ustalania prawidłowej diagnozy.

Materiał i metody: Zastosowany został autorski kwestionariusz przesiewowy, umożliwiający wyłonienie osób ze zmianami charakterystycznymi dla HS do dalszej diagnostyki. Kryteria włączenia obejmowały zdrowe osoby, towarzyszące chorym poddawanych opiece w warunkach szpitalnych. Grupę reprezentatywną oszacowano na 385 osób. Liczebność

badanej grupy wyniosła 930 osób. Osoby, które według kwestionariusza potencjalnie mogły chorować na HS, poddane zostały badaniu fizykalnemu, celem weryfikacji wstępnej oceny. Ponadto, 10% uczestników, niezgłaszających objawów, zostało przebadanych w celu określenia odsetka wyników fałszywie ujemnych.

Wyniki: U 13/930 ankietowanych (1,4%; 95% CI 0,64–2,15%) rozpoznano HS. Kobiety stanowiły 38,46% chorych a mężczyźni 61,54%. Średnia wieku w momencie rozpoznania choroby dla kobiet wyniosła 38 lat a dla mężczyzn 36,88 lat. Średnie BMI wynosiło 26,55 kg/m² u kobiet i 29,61 kg/m² u mężczyzn. Według klasyfikacji Hurley u 7 osób rozpoznano zmiany o nasileniu Hurley I oraz u 6 osób Hurley II. U kobiet zmiany występowały częściej w wielu lokalizacjach (najczęściej na pośladkach — 80%) a u mężczyzn dominowały 1 lub 2 lokalizacje (najczęściej okolica narządów płciowych — 50%).

Wnioski: Dane z NFZ traktują HS jako chorobę rzadką, z częstością występowania w Polsce na poziomie 0,001%. Wyniki bieżącej pracy pokazują jednak istotne niedoszacowanie prevalencji tej choroby, wynikające z błędnej klasyfikacji chorych przez lekarzy oraz rzadkiego zgłaszania się pacjentów ze względu na lokalizację i charakter zmian. Świadomość problemu pozwoli przyspieszyć proces diagnostyczny, zastosować odpowiednie leczenie, co zredukuje powikłania oraz poprawi jakość życia pacjentów.

ODMIENNE OBRAZY ULTRASONOGRAFICZNE (20 MHZ) WYBRANYCH POSTACI ŁYSIENIA NIEBLIZNOWACIEJĄCEGO ORAZ BLIZNOWACIEJĄCEGO

Dominik Mikiel¹, Adriana Polańska², Aleksandra Dańczak-Pazdrowska³

¹Oddział Chorób Skóry, Szpital Wojewódzki w Poznaniu

²Zakład Dermatologii i Wenerologii Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

³Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Wstęp: Celem pracy była ocena przydatności ultrasonografii wysokiej częstotliwości (20 MHz) jako nieinwazyjnego narzędzia diagnostycznego u pacjentów z łysieniem.

Materiał i Metody: Przebadano 117 dorosłych kobiet i mężczyzn, w tym 25 osób z łysieniem plackowatym (AA), 10 z łysieniem androgenowym (AGA), 12 z łysieniem w przebiegu łojotokowego zapalenie skóry (SebD), 11 z toczniem krążkowym (DLE), 8 z liszajem płaskim mieszkowym (LPP), 12 z łysieniem czołowym bliznowaciejącym (FFA) oraz 39 zdrowych ochotników (grupa kontrolna) U każdego pacjenta wykonano badanie trichoskopowe (wideodermatoskop FotoFinder, powiększenie $\times 20$, $\times 70$) oraz badanie ultrasonograficzne (Dermascan C Cortex Technology, głowica o częstotliwości 20 MHz) z opisem morfologicznym uzyskanych obrazów oraz pomiarami poszczególnych elementów: echo wejścia (EE, entrance echo), skóra (DB, *dermal background*), granica skóry i tkanki podskórnej (D/SB, *dermal/subdermal border*) struktury mieszkowe (FS, *follicular structures*).

Wyniki: Obrazy ultrasonograficzne zdrowych ochotników cechowała obecność wyraźnego hiperechogenicznego pasma (EE), następnie pasma o zróżnicowanej echogeniczności (DB) zawierającego podłużne hipoechogeniczne struktury (FS) przekraczające D/SB. Echo wejścia w grupie z aktywnym DLE cechowało ogniskowe, istotne zwiększenie szerokości (ogniskowe zdwojenie), w pozostałych przypadkach nie obserwowano innych cech charakterystycznych dla EE. W zakresie DB stwierdzono jej istotnie większą echogeniczność oraz tendencję do mniejszej grubości w grupie z nieaktywną postacią łysienia bliznowaciejącego w porównaniu z postacią aktywną DLE, FFA i LPP. Granica skóry i tkanki podskórnej w grupie z nieaktywnym LPP i FFA przypominała wyglądem zęby piły, w pozostałych przypadkach nie wykazywała charakterystycznego wzorca. Wykazano zróżnicowanie morfologii FS w poszczególnych chorobach: w aktywnym AA przypominające wyglądem krople wody, w aktywnym FFA oraz LPP w kształcie cygara, w aktywnym DLE poszerzone FS z tendencją do tworzenia hipoechogenicznego, bezkształtnego pasma, w AGA o zróżnicowanej długości i szerokości, natomiast w SebD podłużne z poszerzonym odcinkiem dystalnym. Liczba FS była istotnie mniejsza w grupie z nieaktywną fazą DLE, LPP, FFA w porównaniu z aktywną fazą łysienia bliznowaciejącego.

Wnioski: Obrazy ultrasonograficzne różnią się w zależności od typu łysienia oraz fazy choroby. Ultrasonografia wysokiej częstotliwości może stanowić uzupełnienie nieinwazyjnych metod stosowanych w diagnostyce łysienia.

WPLYW LUZOWANIA OBOSTRZEŃ NA WYSTĘPOWANIE I INTENSYWNOŚĆ MASKNE

Stanisław Anczyk¹, Michał Raczyński¹, Maciej Stępień²

¹Śląski Uniwersytet Medyczny

²Warszawski Uniwersytet Medyczny

Cel pracy: Zobrazowanie różnic jakościowych i ilościowych maskne w zależności od okresu pandemii oraz ilości czasu i częstotliwości noszenia maseczek.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem ankiety online składającej się z 27 pytań (w tym jedno- i wielokrotnego wyboru). Ankieta została przeprowadzona w początkowym okresie pandemii (15 listopada–18 grudnia 2021), zbierając 1274 kompletnych odpowiedzi, które zostały włączone do badania. Następnie, w trakcie łagodzenia obostrzeń (23 marca–4 kwietnia 2022) badanie zostało powtórzone. Do tego celu użyto zmodyfikowanej wersji uprzednio zastosowanej ankiety (pytania dotyczące stosowania środków kosmetycznych po wykazaniu braku ich wpływu na maskne zostały zamienione na pytania dotyczące podejścia do obowiązku noszenia maseczek, ogólna liczba pytań nie uległa zmianie) zbierając 340 kompletnych ankiet włączonych do badania. Dane zebrane podczas obu badań opracowano statystycznie przy pomocy programu Statistica i porównano między sobą.

Wyniki: Przeprowadzone badanie wykazało znaczny pozytywny efekt łagodzenia obostrzeń na stan cery, pokazując spadek częstotliwości występowania obostrzeń trądziku oraz stopnia ich intensywności. Ponadto udało się zobrazować ewolucję profilu stosowanych rodzajów maseczek wraz z łagodzeniem obostrzeń (przejście z dominacji masek chirurgicznych oraz materiałowych na głównie maski chirurgiczne) oraz czasu ich użytkowania (zmniejszenie częstotliwości oraz czasu ich noszenia). Zmianom natomiast nie uległo umiejscowienie oraz rodzaj występujących zmian. Dodatkowo respondenci zauważający poprawę stanu skórę wiążą ten fakt z mniejszą intensywnością noszenia maseczek.

Wnioski: Przeprowadzone badanie potwierdziło wykazany wcześniej związek nasilenia zmian trądzikowych podczas pandemii z noszeniem maseczek (*maskne*). Badanie to jako jedno z pierwszych wykazało regresję zmian w wyniku ograniczenia czynnika wywołującego i uzyskane rezultaty są co najmniej optymistyczne. W przyszłości należałoby badanie powtórzyć, w celu ustalenia, czy i w jakim stopniu zmiany wycofują się wraz z zaprzestaniem stosowania maseczek, a także ilu pacjentów prawdopodobnie będzie wymagać opieki dermatologa w celu zwalczania tego nieoczywistego efektu ubocznego pandemii.

PREFERENCJE LECZENIA OGÓLNEGO WŚRÓD RODZICÓW I OPIEKUNÓW DZIECI CHORYCH NA ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY — BADANIE ANKIETOWE

Alicja Mesjasz¹, Magdalena Trzeciak²

¹Dermatologiczne Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Atopowe zapalenie skóry to najczęstsza dermatozą wieku dziecięcego. Coraz częściej badania kliniczne dotyczące leków biologicznych oraz inhibitorów kinaz janusowych (JAKi, *Janus kinase inhibitors*), które mogą zrewolucjonizować leczenie tej choroby zaczynają obejmować grupę pacjentów pediatrycznych.

Cel pracy: Celem badania jest ocena stosunku oraz oczekiwań rodziców i opiekunów dzieci chorych na atopowe zapalenie skóry do wybranych cech nowoczesnych leków ogólnych.

Materiał i metody: Anonimową ankietę stworzoną za pomocą formularzy *Google* i udostępnioną na internetowych grupach wsparcia dla pacjentów wypełniło 221 osób. Wiek ponad połowy respondentów znajdował się w przedziale 31–40 lat. Kwestionariusz był podzielony na następujące części: demografię, ocenę nasilenia choroby w skali SCORAD (*Scoring Atopic Dermatitis*), leczenie miejscowe i systemowe stosowane do tej pory oraz stosunek i oczekiwania rodziców i opiekunów dzieci chorych na atopowe zapalenie skóry do wybranych cech nowoczesnych leków ogólnych.

Wyniki: 74% pacjentów preferuje stosowanie tabletki raz dziennie od przyjmowania zastrzyku raz na dwa tygodnie. Jednak 78% pacjentów jest skłonna zaakceptować lek w postaci niewybranej jako preferowana w przypadku, gdyby był on bardziej skuteczny, a 90% bardziej bezpieczny. 92% pacjentów preferuje lek dłużej działający i rzadziej przyjmowany od krócej działającego i częściej przyjmowanego. 53% pacjentów wolałoby przyjmować lek w terapii „na żądanie”, a 47% w sposób ciągły. Efektem, który pacjenci chcieliby najpierw zauważyć, jest zmniejszenie świądu w stosunku do zmniejszenia nasilenia objawów skórnych, które jest z kolei istotniejsze dla pacjentów jako długofalowy efekt działania. **Wnioski:** Badanie pokazuje, że istnieją tendencje dotyczące preferencji leczenia ogólnego wśród rodziców i opiekunów dzieci chorych na atopowe zapalenie skóry. Istotne wydaje się być branie tych aspektów pod uwagę zarówno w przypadku opracowywania nowych leków jak i doboru leczenia w celu optymalizacji terapii.

KLINICZNA OCENA ŚWIĄDU U PACJENTÓW DOROSŁYCH Z CUKRZYCĄ TYPU 2

Aleksandra Stefaniak¹, Piotr Krajewski¹, Dorota Bednarska-Chabowska², Marek Bolanowski³, Grzegorz Mazur⁴, Jacek Szeptowski¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

²Katedra i Klinika Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

³Katedra i Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

⁴Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych, Nadciśnienia Tętniczego i Onkologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp: Pomimo rosnącego zainteresowania świądem, dane dotyczące świądu w cukrzycy typu 2 są nadal ograniczone i w większości oparte na nieaktualnych badaniach.

Cel pracy: Celem tego badania była ocena charakterystyki klinicznej świądu w populacji dorosłych z cukrzycą typu 2 oraz zbadanie potencjalnych przyczyn leżących u jego podłoża

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 109 dorosłych pacjentów z cukrzycą typu 2. Zastosowano standaryzowane kwestionariusze w celu oceny nasilenia świądu (NRS, *Numerical Rating Scale*) i *Four-item Itch Questionnaire* (4IIQ) oraz oceny wpływu świądu na psyche (6-*ISS*, *ItchyQoL*, *Six-Item Stigmatization Scale*; HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*). Suchość skóry oceniano klinicznie oraz za pomocą nieinwazyjnej oceny nawilżenia naskórka. Neuropatię oceniano za pomocą klinicznej skali neuropatii Katzenwada.

Wyniki: Świąd występował u 35,8% dorosłych pacjentów z cukrzycą typu 2, NRS_{max3dni} 6,3 ± 2,2 oraz 8,1 ± 3,5 punktów w 4IIQ. Świąd najczęściej dotyczył kończyn dolnych i górnych (38,5% i 23,1%). Pacjenci ze świądem mieli istotnie wyższe poziomy FPG w porównaniu z populacją bez świądu ($p = 0,01$). W populacji dorosłych z cukrzycą typu 2 pacjenci ze świądem mieli istotnie wyższe stężenie glukozy na czczo w porównaniu z populacją bez świądu ($p = 0,01$). Pacjenci ze świądem mieli także istotnie wyższe prawdopodobieństwo neuropatii w porównaniu z osobami bez świądu ($p < 0,01$). Suchość skóry była istotnie bardziej zaawansowana u pacjentów ze świądem w porównaniu z osobami bez świądu ($p < 0,01$). Średnia punktacja *ItchyQoL* została oceniona na 41,2 ± 13,4 punktu, wskazując na łagodnie upośledzenie jakości życia i korelowała dodatnio z nasileniem świądu. Osoby dotknięte świądem miały istotnie wyższe wyniki w wymiarze lęku i depresji HADS (w każdym $p < 0,01$).

Wnioski: Uważamy, że pierwotną przyczyną świądu jest długotrwała zła kontrola cukrzycy ze zmienionym stężeniem glukozy i insuliny, powodująca następnie suchość skóry i neuropatię w długotrwałej cukrzycy typu 2.

TRICHOSKOPOWE MANIFESTACJE CHŁONIAKÓW PIERWOTNIE SKÓRNYCH — JEDNOOŚRODKOWE BADANIE RETROSPEKTYWNE

Karol Kołkowski¹, Martyna Sławińska², Małgorzata Sokołowska-Wojdyło²

¹Dermatologiczne Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Klinika i Katedra Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Chłoniaki pierwotne skóry (PCL, *primary cutaneous lymphomas*) mogą objawiać się w obrębie skalpu jako ogniskowa lub uogólniona utrata włosów, z lub bez towarzyszącym stanem zapalnym. Zajęcie skóry owłosionej głowy może być pierwszą manifestacją kliniczną limfoproliferacji. Niezwykle istotna jest znajomość trichoskopowych „czerwonych flag” pomocnych w ukierunkowaniu dalszej diagnostyki.

Cel pracy: Celem badania była analiza kliniczna i trichoskopowa pacjentów z zajęciem skalpu w przebiegu PCL.

Materiał i metody: Retrospektywnie przeanalizowano dane pacjentów z rozpoznaniem PCL diagnozowanych i leczonych w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii UCK oraz Przyklinicznej Poradni Dermatologicznej UCK od maja 2016 do czerwca 2022. Uwzględniono dane demograficzne, obraz kliniczny oraz cechy trichoskopowe.

Wyniki: Przeanalizowano dokumentację kliniczną 192 pacjentów z PCL, spośród których u 79 przeanalizowano dane uzyskane metodą dermoskopii. W tej grupie zmiany skórne zajmowały skalp u 17 chorych (21,5%). Pacjentów tych poddano dalszej szczegółowej analizie klinicznej i trichoskopowej. W grupie badanej znaleźli się głównie pacjenci z CTCL z rozpoznaniami: follikulotropowej postaci MF ($n = 5$; 29,4%), klasycznej postaci MF ($n = 4$; 23,5%), zespołu Sezary’ego ($n = 4$; 23,5%), pierwotnie skórnoanaplastycznego chłoniaka z dużych komórek i *lymphomatoid papulosis* ($n = 1$; 5,9%). Tylko 2 pacjentów miało diagnozę z kręgu CBCL: PCMZL ($n = 2$; 11,8%). Zajęcie skalpu w momencie rozpoznania choroby potwierdzono u 14 pacjentów (82,4%), a nie stwierdzono go w dwóch przypadkach follikulotropowego MF i jednym zespołu Sezary’ego. Do najczęściej obserwowanych cech trichoskopowych należały: duże żółte kropki (*comedonal dots*; $n = 13$; 76,5%) zmniejszona liczba jednostek włosowych ($n = 12$; 70,6%) ze zwiększonym udziałem jednostek pojedynczych, biało-różowe obszary bezstrukturalne ($n = 12$; 76,5%), złuszczenie okołomieszkowe ($n = 11$; 64,7%). Złuszczenie okołomieszkowe występowało tylko u pacjentów z PCL T-komórkowymi.

Wnioski: Zajęcie skalpu w przebiegu PCL jest relatywnie rzadkie. Może być pierwszą manifestacją choroby. Uważne badanie owłosionej skóry głowy wykorzystując trichoskopię jest istotne przy podejrzeniu PCL.

RYTUKSYMB W TERAPII PĘCHERZYCY ZWYKŁEJ I LIŚCIASTEJ — DOŚWIADCZENIE WŁASNE

Daniel Nolberczak

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Rytuksymb jest monoklonalnym przeciwciałem anti-CD20. Po raz pierwszy został zarejestrowany w 1997 roku w leczeniu onkologicznym, a na początku lat 2000. w leczeniu pęcherzycy paraneoplastycznej i pęcherzycy zwykłej. Dostępna literatura oraz doświadczenia własne wykazują wysoką skuteczność stosowania rytuksymbu w leczeniu pęcherzycy.

Materiał i metody: Analizie poddano pacjentów z pęcherzycą zwykłą ($n = 5$) oraz pęcherzycą liściastą ($n = 4$), którzy byli hospitalizowani w klinice dermatologii w latach 2019–2022. W badanej grupie było 5 kobiet i 4 mężczyzn. Średni wiek chorych wynosił 49 lat. Wszyscy pacjenci byli leczeni doustnie glikokortykosteroidami w dawce 0,5–1,0 mg/kg m.c. w skojarzeniu z azatiopryną w dawce 50–100 mg/d. Rytuksymb dołączany został średnio po 3 miesiącach od rozpoznania choroby. Lek podawano dwukrotnie w dawce 1000 mg we wlewie dożylnym w odstępie 14 dni. Dawkę przypominającą 500 mg przyjęło 7 pacjentów po 12–18 miesiącach od pierwszej dawki. Przeanalizowano skuteczność leczenia na podstawie oceny stanu klinicznego, badania immunofluorescencji pośredniej (IF, *indirect immunofluorescence technique*) i bezpośredniej (DIF, *direct immunofluorescence technique*) oraz monitorowania parametrów laboratoryjnych w trakcie leczenia oraz po uzyskaniu remisji (od 2–24 miesięcy).

Wyniki: W ocenie klinicznej 7 pacjentów uzyskało całkowitą remisję zmian, co umożliwiło zmniejszenie dawki przyjmowanych przez pacjentów glikokortykosteroidów już po drugiej dawce rytuksymbu. W kontrolnych badaniach IF nadal utrzymywały się przeciwciała u wszystkich pacjentów, natomiast w badaniu DIF u 4 pacjentów zaobserwowano negatywizację złożeń w ocenianych wycinkach. U badanych chorych nie wykazano istotnych odchyśleń w parametrach badań laboratoryjnych.

Wnioski: Chorzy z uzyskaną remisją kliniczną w trakcie leczenia rytuksymabem powinni być stale monitorowani przez dermatologów ze względu na możliwy nawrót choroby. Rytuksymab zrewolucjonizował terapię w pęcherzycy, powodując znaczną poprawę wyników leczenia oraz możliwość zmniejszania dawki przyjmowanych ogólnie glikokortykosteroidów. Wysokie koszty oraz możliwość występowania poważnych działań niepożądanych ograniczają zastosowanie rytuksymabu jedynie do chorych z pęcherzycą oporną na leczenie i/lub zagrażającą życiu.

OCENA WYSTĘPOWANIA ZESPOŁU METABOLICZNEGO, INSULINOOPORNOŚCI ORAZ RYZYKA SERCOWO-NACZYNIOWEGO U PACJENTÓW Z HIDRADENITIS SUPPURATIVA

Natalia Machoń, Julia Lewandowska, Natalia Zdanowska, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Waldemar Placek

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

Wstęp: Hidradenitis suppurativa jest to przewlekła, zapalna choroba skóry dotycząca jednostki włosowo-łojowej, charakteryzująca się występowaniem uporczywych i nawracających guzków przypominających czyraki oraz ropniami, przetokami i tworzeniem blizn.

Cel pracy: Celem pracy jest wykazanie związku między występowaniem tego schorzenia a skłonnością do rozwoju zespołu metabolicznego, insulinooporności oraz zwiększonego ryzyka sercowo-naczyniowego.

Materiał i metody: Badanie zostało przeprowadzone w Klinice Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. W badaniu dokonano pomiarów antropometrycznych, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi oraz badań laboratoryjnych celem oceny występowania zespołu metabolicznego, insulinooporności oraz oszacowania 10-letniego ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych przy użyciu karty SCORE u 35 pacjentów z grupy badanej z grupą kontrolną. Dane te poddano analizie statystycznej.

Wyniki: U pacjentów z *Hidradenitis suppurativa* wykazano obecność cech świadczących o insulinooporności, zespole metabolicznym oraz zwiększonym ryzyku sercowo-naczyniowym na podstawie skali SCORE w porównaniu z grupą kontrolną.

Wnioski: *Hidradenitis suppurativa* może współwystępować z insulinoopornością oraz zespołem metabolicznym. Ponadto u tych pacjentów zwiększone może być ryzyko sercowo-naczyniowe. Wskazuje to na konieczność wdrożenia wielospecjalistycznej opieki oraz badań przesiewowych w tej grupie chorych.

ZWIĄZEK LECZENIA BIOLOGICZNEGO ŁUSZCZYCY U MĘŻCZYZN Z POZIOMEM TESTOSTERONU I ESTRADIOLU — WYNIKI WSTĘPNE

Angela Rozpłochowska, Joanna Narbutt, Aleksandra Lesiak, Małgorzata Skibińska, Marcin Noweta

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, WSSz im. Biegańskiego w Łodzi

Wstęp: Łuszczyca jest autoimmunologiczną chorobą zapalną o przewlekłym i nawrotowym przebiegu. Jest to choroba ogólnoustrojowa, która wpływa m.in. na stężenie hormonów płciowych i funkcje seksualne.

Cel pracy: Celem pracy była ocena stężenia testosteronu i estradiolu u mężczyzn chorujących na łuszczycę przed i po włączeniu leczenia biologicznego.

Materiał i metody: Do badania zakwalifikowano dwunastu mężczyzn z łuszczycą w wieku od 26 do 60 lat. W surowicy osób badanych oznaczono stężenie testosteronu oraz estradiolu metodą immunoenzymatyczną ELISA. Pierwsze oznaczenie tych hormonów wykonano przed włączeniem leczenia biologicznego, a drugie w trzecim miesiącu leczenia biologicznego.

Wyniki: Przed włączeniem leczenia u wszystkich chorych wykazano prawidłowe stężenia testosteronu i estradiolu. W trzecim miesiącu terapii leczenia biologicznego oznaczone stężenia hormonów płciowych zmieniły się nieznacznie, nadal będąc w zakresie referencyjnym.

Wnioski: Przeprowadzona analiza wstępna nie wykazała zaburzeń w zakresie stężenia testosteronu i estradiolu u mężczyzn z łuszczycą leczonych biologicznie. Jednak mała grupa chorych i krótki odstęp

czasowy oceny stężenia tych hormonów nie pozwala na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków i skłania do kontynuowania badań w większej grupie chorych oraz w dłuższym odstępie czasowym.

CYKLOSPORYNA A STOSOWANA DŁUGOTERMINOWO U PACJENTÓW Z ŁUSZCZYCĄ ORAZ ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY — WYNIKI BADANIA Z JEDNEGO OŚRODKA BADAWCZEGO

Dorota Lorenz, Joanna Narbutt

Oddział Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej — Klinika Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Szpital im. Biegańskiego w Łodzi

Wstęp: Cyklosporyna A jest cykliczną cząstką z silnym potencjałem immunosupresyjnym. Jest stosowana nie tylko w transplantologii, ale również w leczeniu chorób przewlekłych, takich jak AZS (atopowe zapalenie skóry) czy łuszczyca.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena skuteczności i bezpieczeństwa stosowania leku poprzez retrospektywną analizę wyników badań krwi oraz zmian w PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) i SCORAD (*Scoring Atopic Dermatitis Index*).

Materiał i metody: Praca obejmuje 47 pacjentów (30 z AZS i 17 z łuszczycą) w wieku od 3 do 56 lat, którzy ukończyli co najmniej 12-tygodniowy cykl leczenia cyklosporyną A w ostatnich 2 latach. Średnia dawka cyklosporyny wynosiła 3,44 mg/kg masy ciała. Analiza retrospektywna objęła próbki krwi porównywane pod kątem morfologii, lipidogramu, CRP, parametrów wątrobowych i nerkowych. Autorzy ocenili także zmiany w PASI i SCORAD po 3 i 6 miesiącach od początku terapii.

Wyniki: Wskaźnik PASI75 osiągnięto u 12 (71%) pacjentów po 3 miesiącach i 11 (65%) pacjentów po 6 miesiącach leczenia. PASI100 osiągnięto u 5 (29%) pacjentów po 6 miesiącach. U 2 (12%) pacjentów z PASI75 po 3 miesiącach w szóstym miesiącu leczenia stwierdzono utratę skuteczności leku. SCORAD75 osiągnięto u 18 (60%) pacjentów po 3 miesiącach leczenia i u 20 (67%) pacjentów po 6 miesiącach leczenia. 6 (20%) pacjentów osiągnęło SCORAD100 po 6 miesiącach. U żadnego pacjenta ze SCORAD75 w trzecim miesiącu leczenia nie stwierdzono utraty efektywności leczenia. Najczęstsze działania niepożądane obejmowały: wzrost ciśnienia tętniczego krwi (11%), dyslipidemię (9%), podwyższoną kreatyninę (6%), brodawki wirusowe (4%), wyprysk opryszczkowy (4%).

Wnioski: Cyklosporyna A może być bezpiecznym i efektywnym narzędziem w leczeniu AZS i łuszczycy, należy jednak pamiętać o jej działaniach niepożądanych. W związku z tym podczas jej stosowania wymagana jest stała opieka lekarska.

EFEKTYWNOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO LECZENIA ŁYSIENIA PŁACKOWATEGO METOTREKSATEM W POPULACJI DZIECIĘCEJ

Katarzyna Krupa, Joanna Narbutt, Małgorzata Skibińska, Aleksandra Lesiak

Oddział Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej WSSz im. Biegańskiego w Łodzi

Wstęp: Łysienie plackowate jest przewlekłą autoimmunologiczną chorobą zapalną mieszków włosowych. Obraz kliniczny polega na występowaniu okrągłych lub owalnych ognisk, w których wystąpiła nagła i całkowita utrata włosów. Jest to najczęstsza przyczyna utraty włosów w populacji pediatrycznej. W terapii stosuje się m.in. glikokortykosteroidy stosowane miejscowo, doogólnikowo oraz ogólnie, inhibitory kalcyneuryny, cygnolinę, fototerapię oraz leczenie immunomodulujące jak metotreksat.

Cel pracy: Celem pracy była ocena skuteczności i bezpieczeństwa terapii metotreksatem u dzieci chorujących na łysienie plackowate.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 6 pacjentów pediatrycznych w wieku 3–16 lat z łysieniem plackowatym leczonym metotreksatem w dawkach 2,5–15 mg w zależności od wieku dziecka — początkowo w skojarzeniu z glikokortykosteroidami, następnie w monoterapii. Przed włączeniem metotreksatu pacjenci byli leczeni miejscowo, doogólnikowymi aplikacjami triamcynolonu oraz przy pomocy fototerapii — metody te nie przyniosły adekwatnej odpowiedzi klinicznej.

Wyniki: W przedstawionej grupie pacjentów stwierdzono odrost włosów po półrocznej obserwacji u 3 pacjentów. Wśród obserwowanych nie stwierdzono znacznych odchyśleń od normy w badaniach laboratoryjnych oraz działań niepożądanych metotreksatu.

Wnioski: Podczas 6-miesięcznej obserwacji stwierdzono dobrą odpowiedź na leczenie u 50% pacjentów oraz dobrą tolerancję leku u wszystkich pacjentów w obserwowanej grupie.

TERAPIA FOTODYNAMICZNA W LECZENIU ZAPALENIA PLAZMAKOMÓRKOWEGO ŻOŁĘDZI ZOONA — DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Kornelia Pietraszka¹, Angelika Bigaj¹, Natalia Salwowska², Beata Bergler-Czop²

¹Oddział Dermatologii, SPSKM Katowice

²Katedra i Klinika Dermatologii SUM, SPSKM Katowice

Wstęp: Terapia fotodynamiczna (PDT, *photodynamic therapy*) polega na inkubacji fotouczulacza na zmienione chorobowo tkanki np. kwasu delta-aminolewulinowego (ALA, *aminolevulinic acid*) lub metylową pochodną mALA, który preferencyjnie pochłaniany przez jednostki włosowo-łojowe jest następnie metabolizowany do protoporfiryny IX. Fotoaktywacja protoporfiryny IX przez światło o odpowiedniej długości fali, prowadzi do uwalniania reaktywnych form tlenu oraz wolnych rodników, wykazujących działanie cytotoksyczne. PDT jest szeroko stosowana w leczeniu różnych chorób skóry, w tym chorób prącia.

Materiał i metody: W pracy zaprezentowano przypadki 2 pacjentów cierpiących na zapalenie plazmakomórkowe żołądki Zoona, leczonych metodą fotodynamiczną z zastosowaniem 10-procentowego kwasu 5-aminolewulinowego i lampy emitującej światło czerwone o długości 700 nm.

Wyniki: W wyniku serii naświetlań uzyskano ustąpienie dolegliwości u chorych oraz poprawę stanu dermatologicznego — ograniczenie zmian skórnych klinicznie i dermatoskopowo.

Wnioski: Terapia fotodynamiczna to mało inwazyjna oraz minimalnie toksyczna forma leczenia, pozwalająca na uzyskanie satysfakcjonujących efektów terapeutycznych przy stosunkowo niskim ryzyku działań niepożądanych.

ADAPTACJA I WALIDACJA POLSKIEJ WERSJI JĘZYKOWEJ KWESTIONARIUSZY PERCEIVED STIGMATIZATION QUESTIONNAIRE I SOCIAL COMFORT QUESTIONNAIRE

Aleksandra Tobiasz, Piotr Krajewski, Karolina Świerczyńska, Radomir Reszke, Jacek Szepietowski

Klinika Dermatologii i Alergologii Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wstęp: Problem stygmatyzacji osób cierpiących na schorzenia dermatologiczne, a co z tym związane posiadających widoczne na skórze oznaki choroby, jest stale aktualny oraz powoduje cierpienie pacjentów. Liczba kwestionariuszy w polskiej wersji językowej pozwalająca ocenić nasilenie tego zjawiska jest niewystarczająca. Kwestionariusze *Perceived Stigmatization Questionnaire* (PSQ) i *Social Comfort Questionnaire* (SCQ) stanowią narzędzie pozwalające ocenić stygmatyzację, jak i poczucie komfortu społecznego pacjentów.

Cel pracy: Celem pracy była adaptacja oraz walidacja polskiej wersji językowej PSQ i SCQ.

Materiał i metody: Ostateczna polska wersja językowa kwestionariuszy powstała zgodnie z międzynarodowymi zasadami w procesie tłumaczenia i tłumaczenia zwrotnego, uwzględniając uwagi ekspertów oraz autora oryginalnej wersji kwestionariuszy na odpowiednich etapach. Następnie, w procesie walidacji, 33 pacjentów Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, chorujących na różnorodne przewlekłe schorzenia dermatologiczne, zostało poproszonych o dwukrotne wypełnienie ankiet PSQ i SCQ w odstępie 4–5 dniowym, jak również kwestionariuszy *Dermatology Life Quality Index* (DLQI), *6-Item Stigmatisation Scale*, Skali Samooceny Rosenberga, Skali Depresji Becka. Uzyskane wyniki zostały poddane analizie statystycznej oceniając m.in. spójność wewnętrzną narzędzia oraz wewnątrzklasowy współczynnik korelacji oceniający rzetelność narzędzia.

Wyniki: Oba kwestionariusze cechowały się dobrą spójnością wewnętrzną — współczynnik alfa-Cronbacha dla kwestionariusza PSQ wyniósł 0,856, dla SCQ — 0,847. Powtarzalność kwestionariuszy oceniana za pomocą wewnątrzklasowego współczynnika korelacji była również

wysoka i wyniosła odpowiednio dla kwestionariusza PSQ — 0,947, kwestionariusza SCQ — 0,933. Wyniki uzyskane za pomocą powyższych kwestionariuszy korelowały istotnie z wynikami uzyskanymi przez pacjentów w kwestionariuszach DLQI, *6-Item Stigmatisation Scale*, Skala Samooceny Rosenberga, Skala Depresji Becka.

Wnioski: Kwestionariusze PSQ i SCQ w polskiej wersji językowej są wiarygodnymi narzędziami do oceny stygmatyzacji i komfortu społecznego w grupie pacjentów cierpiących na różnorodne choroby skóry.

DOŻYLNIE WLEWY IMMUNOGLOBULIN W LECZENIU AUTOIMMUNIZACYJNYCH DERMATOZ PĘCHERZOWYCH. JEDNOOSRODKOWE DOŚWIADCZENIE KLINICZNO-PACJENTOWO-BADAWCZE

Maciej Spałek, Magdalena Jałowska, Monika Bowszyc-Dmochowska, Marian Dmochowski

Pracownia Autoimmunizacyjnych Dermatyz Pęcherzowych, Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Wstęp: Autoimmunizacyjne dermatozy pęcherzowe można leczyć dożylnymi immunoglobulinami (IVIg, *intravenous immunoglobulin*).

Cel pracy: Celem tego doniesienia było omówienie leczenia IVIG u chorych na autoimmunizacyjne dermatozy pęcherzowe w oparciu o doświadczenie poznańskiej Pracowni Autoimmunizacyjnych Dermatyz Pęcherzowych.

Materiał i metody: Na Oddziale Klinicznym Dermatologii w latach 2016–2022 podano 4–12 wlewów IVIG w dawce 2 g/kg m.c. 10 pacjentom: 1 z rozpoznaniem pemfigoidu pęcherzowego, 2 z rozpoznaniem nabytego pęcherzowego oddzielania się naskórka i 7 z chorobami kręgu pęcherzicy. Do oceny remisji choroby posłużono się wytycznymi Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego z 2014 roku. Cztery znamienne przypadki (chora w średnim wieku z pęcherzycą opryszczkowatą, starszy chory z pęcherzycą zwykłą postacią skórną, młody chory z pęcherzycą zwykłą postacią śluzówkowo-skórną, starszy chory z pemfigoidem pęcherzowym przypuszczalnie paraneoplastycznym) omówi się szczegółowo.

Wyniki: U 2 chorych uzyskano remisję całkowitą choroby bez leczenia, u 4 chorych wystąpił nawrót choroby, u 3 chorych uzyskano remisję całkowitą choroby podtrzymaną leczeniem, a u 1 osoby remisję częściową podtrzymaną leczeniem.

Wnioski: Leczenie dożylnymi immunoglobulinami poszerza opcje terapeutyczne w leczeniu autoimmunizacyjnych dermatyz pęcherzowych. Ograniczeniem ich stosowania są czynniki ekonomiczne.

OCENA NEUROPATII MAŁYCH WŁÓKIEŃ JAKO POTENCJALNEGO CZYNNIKA ETIOPATOGENETYCZNEGO ŚWIĄDU U PACJENTÓW Z CUKRZYCĄ TYPU 2

Aleksandra Stefaniak¹, Konstantin Agelopoulou², Dorota Bednarska-Chabowska³, Grzegorz Mazur⁴, Sonja Ständer², Jacek Szepietowski¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

²Center for Chronic Pruritus, Department of Dermatology, University Hospital of Münster, Münster, Germany

³Katedra i Klinika Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Uniwersytet w Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

⁴Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych, Nadciśnienia Tętniczego i Onkologii Klinicznej Uniwersytet w Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp: Wiadomo, że cukrzyca jest główną przyczyną neuropatii małych włókien (SFN, *small fiber neuropathy*) w krajach rozwiniętych. Neuropatia małych włókien została niedawno zaproponowana jako potencjalny czynnik etiopatogenetyczny świądu w cukrzycy, jednak żadne badanie nie było przeprowadzone za pomocą zwalidowanych metod.

Cel pracy: Zdecydowaliśmy się na przeprowadzenie badania w celu zbadania potencjalnych czynników etiopatogenetycznych świądu w cukrzycy typu 2 ze szczególnym uwzględnieniem neuropatii małych włókien.

Materiał i metody: W tym prospektywnym badaniu oceniano świąd wśród 23 pacjentów z cukrzycą typu 2. Nasilenie świądu oceniano za pomocą Numerycznej Skali Oceny (NRS, *numerical rating scale*) i 4-Punktowego Kwestionariusza Świądu (4IIQ, *4-item itch questionnaire*). Suchość

skóry oceniano klinicznie oraz za pomocą nieinwazyjnej oceny nawilżenia naskórka. Neuropatię oceniano za pomocą skali klinicznej, a SFN oceniano za pomocą śródnaskórkowej gęstości włókien nerwowych (IENFD, *intraepidermal nerve fiber density*).

Wyniki: 12 pacjentów doświadczyło świądu w czasie badania ze średnią NRSmax 3 dni: 8 ± 2 punkty. Pacjenci w zdecydowanej większości zgłaszali pruralgię (83,3%). U wszystkich pacjentów stwierdzono obniżenie IENFD ($3,2 \pm 1,8$ włókien/mm, grupa świądowa: 2,7 włókien/mm, grupa bez świądu: 3,7 włókien/mm). Pacjenci z bardziej suchą skórą mieli tendencję do niższego IENFD ($R = 0,32$, $p = 0,088$), a pacjenci ze świądem mieli istotnie bardziej suchą skórę ($p = 0,02$). Dodatkowo pacjenci z grupy świądowej częściej doświadczali uczucia mrowienia lub drętwienia w porównaniu z osobami bez świądu (odpowiednio $p = 0,02$ i $p = 0,04$).

Wnioski: Neuropatia małych włókien należy rozważać jako możliwy czynnik etiopatogenetyczny świądu u pacjentów z cukrzycą, prawdopodobnie przyczyniając do zwiększenia suchości skóry.

BADANIE NAD ZASADNOŚCIĄ STOSOWANIA DIET ELIMINACYJNYCH U DZIECI Z ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY

Monika Łobaza¹, Magdalena Trzeciak²

¹Szpital Im. Mikołaja Kopernika Gdańsk COPERNICUS

²Katedra i Klinika Dermatologii Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Atopowe zapalenie skóry (AZS) to przewlekła i nawrotowa choroba zapalna skóry dotykająca nawet 20% dzieci. U około 1/3 dzieci z AZS współwystępuje alergia pokarmowa. Kluczową rolę w rozpoznaniu alergii pokarmowej odgrywa korelacja pozytywnych wyników testów alergologicznych z objawami klinicznymi związanymi ze spożyciem danego pokarmu. Złotym standardem diagnostyki alergii pokarmowej pozostaje kontrolowana placebo próba prowokacji. Gdy zastosowanie diety eliminacyjnej nie znajduje odzwierciedlenia w poprawie zmian wypryskowych AZS (niezależnie od wyników testów alergologicznych), należy rozważyć, czy stosowanie powyższej diety jest uzasadnione. Bezpodstawne eliminacje pokarmowe mogą prowadzić do niedoborów żywieniowych, obniżenia jakości życia a także do rozwoju klinicznie istotnej alergii.

Cel pracy: Celem badania było określenie jak powszechne są diety eliminacyjne wśród dzieci z AZS oraz czy są one zasadnie stosowane.

Materiał i metody: Anonimowe, autorskie badanie ankietowe wśród 181 rodziców oraz opiekunów dzieci cierpiących na AZS.

Wyniki: Blisko 30% ankietowanych stosuje dietę eliminacyjną u swoich dzieci pomimo braku poprawy klinicznej. Pytani o powód kontynuowania tej diety podają, że takie było zalecenie lekarza prowadzącego (41%), boją się nasilenia wyprysku (39,6%), liczą na poprawę kliniczną po dłuższym czasie trwania diety (18,8%), eliminują najczęstsze alergeny w oparciu o wiedzę z Internetu lub od innych rodziców dzieci z AZS (18%).

Wnioski: Badanie wykazało, że istnieje grupa rodziców/opiekunów, których dzieci pozostają na diecie eliminacyjnej bez wyraźnych wskazań. Jednocześnie badanie potwierdza, że potrzebna jest odpowiednia edukacja rodziców na temat przyczyn atopowego zapalenia skóry, ograniczeń związanych z testami alergologicznymi, wskazań do diet eliminacyjnych oraz ryzyka związanego z ich niewłaściwym stosowaniem.

ULTRASONOGRAFICZNY OBRAZ „TORÓW TRAMWAJOWYCH” JAKO NIEZALEŻNY CZYNNIK BRAKU ODPOWIEDZI NA LECZENIE BIOLOGICZNE U PACJENTÓW Z HIDRADENITIS SUPPURATIVA

Piotr Krajewski¹, Antonio Martorell²

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

²Hospital de Manises, Valencia, Spain

Wstęp: USG skóry jest użytecznym narzędziem do diagnostyki, określenia stopnia zaawansowania i monitorowania odpowiedzi na leczenie u pacjentów z *hidradenitis suppurativa*. Istnieją doniesienia o występowaniu liniowych, hiperechogenicznych struktur w obrębie przetek

skórno-naskórkowych, które miałyby odpowiadać fragmentom włosów. Mimo to podczas zabiegów operacyjnych i w badaniu histologicznym nie stwierdza się występowania włosów. Z tego względu postawiono hipotezę, że hiperechogeniczne, równoległe struktury obserwowane w badaniu USG mogą odpowiadać ziarninie powstającej wewnątrz przeteki i/lub początkom pseudoepitelializacji.

Cel pracy: Celem badania było sprawdzenie, czy występuje korelacja nowo opisanego ultrasonograficznego objawu „torów tramwajowych” z odpowiedzią na leczenie systemowe.

Materiał i metody: Podczas badania przeanalizowano 102 zmiany typu przetek skórno-naskórkowych typu B. W 68 (66,67%) z nich badanie USG wykazało obecność objawu „torów tramwajowych”, podczas gdy w pozostałych objaw nie był obecny. Następnie każdy z pacjentów rozpoczął leczenie biologiczne (adalimumab 40 mg tygodniowo). Oceny klinicznej i ultrasonograficznej dokonano w 12. i 24. tygodniu.

Wyniki: Wśród pacjentów z dodatnim objawem „torów tramwajowych” całkowite ustąpienie zmian skórnych obserwowano w 2,3% i 2,5% przypadków w, odpowiednio 12. i 24. tygodniu leczenia. Wśród pacjentów, u których nie obserwowano nowo opisanego objawu odsetek całkowitego ustąpienia zmian skórnych wynosił dla 12. i 24. tygodnia, odpowiednio 61% i 63%. W badaniu histologicznym nie opisywano struktur łodygi włosa. Ponadto w 21% przypadków w obrębie przetek obserwowano resztki komórek nabłonka. Po wycięciu chirurgicznym wszystkie zmiany skórne uległy zagojeniu bez komplikacji.

Wnioski: Wyniki tego badania mogą wskazywać na możliwe praktyczne implikacje obecności objawu „torów tramwajowych”. Tego typu tunele skórno-naskórkowe mogą nie reagować odpowiednio na leczenie systemowe/biologiczne i powinny być przede wszystkim leczone chirurgicznie. Ponadto, sam objaw może być traktowany jako niezależny czynnik ryzyka niepowodzenia leczenia. Niezbędne są jednak przyszłe badania na większej grupie pacjentów, aby potwierdzić nasze obserwacje.

KOBIETY LECZONE Z POWODU KIŁY W OŚRODKU BIAŁOSTOCKIM W LATACH 2016–2021

Joanna Kaczyńska, Agnieszka Beata Serwin, Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii USK w Białymstoku

Wstęp: Kiła jest trzecią pod względem częstości (po zakażeniu *Chlamydia trachomatis* i rzeżączce) bakteryjną chorobą przenoszoną drogą płciową na świecie. Nieleczona kiła w ciąży może prowadzić do zakażenia płodu i w rezultacie do kiły wrodzonej.

Cel pracy: Celem pracy jest charakterystyka kobiet leczonych na kiłę w ośrodku białostockim w latach 2016–2021.

Materiał i metody: Przeanalizowano retrospektywnie wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny pacjentek, okres kiły, leczenie, zgłaszalność na wizyty kontrolne po leczeniu. Szczegółowo przeanalizowano dane kliniczne kobiet w ciąży leczonych z powodu kiły.

Wyniki: W latach 2016–2021 leczono z powodu kiły 18 kobiet, 13 z nich (72,22%) było w ciąży. Proporcja ciężarnych w stosunku do wszystkich leczonych kobiet znacząco wzrosła w stosunku do lat 2000–2015 (odpowiednio: 72,22% i 36,2%, $p < 0,05$). Średni wiek pacjentek wynosił $35,89 \pm 11,21$ lat, 12 z nich (66,66%) mieszkała w miastach, 11 było zamężnych. Najczęściej rozpoznawano kiłę późną utajoną lub utajoną o nieznanym czasie trwania (14 pacjentek — 77,78%). Zakażenie *Chlamydia trachomatis* współwystępowało u czterech (22,22%) chorych na kiłę, u żadnej nie wykryto zakażenia HIV. W leczeniu stosowano głównie penicylinę benzatynową. Ponad połowa pacjentek nie ukończyła kontroli po leczeniu. Tylko trzy (23,08%) ciężarne były leczone w pierwszym trymestrze ciąży a u sześciu (46,15%) dalszy przebieg ciąży i stan zdrowia noworodka był nieznanymi. U trzech noworodków rozpoznano kiłę wrodzoną.

Wnioski: Kiła u kobiet, szczególnie ciężarnych, jest istotnym problemem także w województwie podlaskim. Odsetek ciężarnych wśród wszystkich leczonych na kiłę pacjentek wzrasta. Wykrycie i leczenie zakażenia w ciąży często jest opóźnione. Zgłaszalność do kontroli po leczeniu i możliwość oceny dalszego przebiegu ciąży oraz stanu zdrowia noworodka pozostają niezadowolające. W tym kontekście niezbędna jest ściślejsza współpraca pomiędzy dermatologami-wenerologami a ginekologami-położnikami.

TRĄDZIK NA TWARZY: BADANIE CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA I JAKOŚCI ŻYCIA WŚRÓD MŁODZIEŻY SZKÓŁ ŚREDNICH

Marta Szepietowska¹, Alicja Dąbrowska¹, Bernadetta Nowak¹, Katarzyna Skinderowicz¹, Bartosz Wilczyński¹, Piotr Krajewski², Alina Jankowska-Konsur²

¹SKN Dermatologii Eksperymentalnej przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii UM we Wrocławiu

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii UM we Wrocławiu

Wstęp: Trądzik jest częstą zapalną chorobą skóry, głównie umiejscawiającą się na twarzy i dotyczącą w przeważającej części osób w okresie dorastania.

Cel pracy: Celem badania była samoocena częstości występowania i nasilenia trądziku w populacji młodzieży oraz ocena jakości życia u chorujących na trądzik.

Materiał i metody: 730 uczniów szkół liceów ogólnokształcących w wieku od 15 do 19 lat (średni wiek 17,05 ± 1,18 lat) zostało objętych badaniem. Obecność zmian trądzikowych była raportowana przez samych uczniów, a nasilenie trądziku było oceniane w samoocenie uczniów z wykorzystaniem standaryzowanych fotografii klinicznych odnoszących się do skali *Investigators Global Assessment* (IGA). Jakość życia zależną od dolegliwości skórnych badano z wykorzystaniem kwestionariusza *Dermatology Life Quality Index* (DLQI). Otrzymane wyniki badań poddano analizie statystycznej z odpowiednio dobranymi testami.

Wyniki: Trądzik na twarzy stwierdzono u 547 uczniów (74,9%). Nie wykazano istotnej różnicy w częstości trądziku w grupie kobiet (75,1%) i mężczyzn (74,6%). U zdecydowanej większości (90,9%) trądzik miał małe nasilenie, trądzik o średnim nasileniu udokumentowano u 7,3%, a o ciężkim u 1,8% chorych z trądzikiem. Trądzik wywierał niewielki wpływ na jakość życia chorych (DLQI — 2,8 ± 3,6 punkta), przy czym w grupie kobiet jakość życia była istotnie bardziej obniżona niż wśród mężczyzn (odpowiednio 3,17 ± 3,74 i 1,76 ± 2,69 punktów). Ponadto nasilenie trądziku istotnie korelowało z obniżeniem jakości życia ($r = 0,337$, $p < 0,001$).

Wnioski: Trądzik jest częstą jednostką chorobową wśród młodzieży szkół średnich. Mimo że w większości przypadków ma niewielkie nasilenie, wpływa na istotne obniżenie jakości życia. Stopień obniżenia jakości życia chorych na trądzik zależy od ciężkości klinicznej zmian trądzikowych na twarzy.

OCENA SKUTECZNOŚCI, BEZPIECZEŃSTWA ORAZ TOLERANCJI METOTREKSATU U PACJENTÓW Z ŁUSZCZYCĄ PLACKOWATĄ

Piotr Krzemiński, Joanna Narbutt, Aleksandra Lesiak

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (Poradnia Dermatologiczna)

Wstęp: Metotreksat to antymetabolit kwasu foliowego i jeden z podstawowych leków stosowanych systemowo u pacjentów z łuszczycą plackowatą, u których stopień nasilenia oceniono na co najmniej umiarkowany. Lek ten uznawany jest za skuteczny i bezpieczny, jednakże w trakcie jego stosowania konieczne jest monitorowanie parametrów wątrobowych, morfologii oraz kreatyniny.

Cel pracy: Celem tej pracy jest ocena skuteczności oraz bezpieczeństwa tego leku poprzez analizę jego wpływu na wskaźnik PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) oraz na ww. parametry laboratoryjne.

Materiał i metody: Badaniem objęto 50 pacjentów (27 kobiet i 23 mężczyzn) w wieku 21–68 lat z łuszczycą plackowatą ze średnim wyjściowym PASI 13,6, u których stosowano metotreksat doustnie lub pozajelitowo w średniej dawce 15 mg/tydzień. Retrospektywnie analizowano badania laboratoryjne (morfologię, ALT, AST oraz kreatyninę) oraz wskaźnik PASI 75 po miesiącu, trzech oraz sześciu od momentu rozpoczęcia terapii.

Wyniki: Poprawę rzędu PASI 75 uzyskano u 36% pacjentów po 3 miesiącach oraz u 56% pacjentów po 6 miesiącach. Wskaźnik PASI 100 uzyskano u 10% pacjentów po 6 miesiącach. U 12% pacjentów obserwowano działania niepożądane pod postacią nudności, wymiotów oraz złego samopoczucia (u 25% z tych pacjentów odstawiono lek). U 12% pacjentów obserwowano wzrost parametrów wątrobowych (u 33% z tych pacjentów wystąpił dwukrotny wzrost po 3 miesiącach, u 50% po 6, a u jednego pacjenta obserwowano trzykrotny wzrost po 6 miesiącach — lek odstawiono i uzyskano normalizację parametrów wątrobowych, powrócono do terapii metotreksatem). U 1 pacjentki odstawiono lek

z powodu niedokrwistości, która wystąpiła po 6 miesiącach (lek odstawiono i uzyskano normalizację morfologii, powrócono do terapii). U żadnego pacjenta nie obserwowano wzrostu kreatyniny.

Wnioski: Przeprowadzone badanie na podstawie materiału własnego wskazuje, że metotreksat jest lekiem skutecznym i bezpiecznym w terapii łuszczycy plackowatej, jednakże należy pamiętać o jego możliwych działaniach niepożądanych i konieczności monitorowania parametrów laboratoryjnych.

UPADACYTYNIB W LECZENIU ATOPOWEGO ZAPALENIA SKÓRY U DZIECI — OCENA SKUTECZNOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA STOSOWANIA NA PODSTAWIE WŁASNYCH OBSERWACJI

Katarzyna Choderek, Małgorzata Skibińska, Aleksandra Lesiak, Joanna Narbutt

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Atopowe zapalenie skóry to przewlekła zapalna choroba skóry, dotykająca około 20% dzieci. Szlak JAK-STAT bierze udział w sygnalizacji cytokin zapalnych mających znaczenie w patogenezie tej dermatozy. Upadacytynib jest selektywnym, odwracalnym inhibitorem kinaz janusowych (JAK), hamującym przekazywanie sygnałów przez JAK-1 lub JAK1/3, zarejestrowany od 12. roku życia w atopowym zapaleniu skóry o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego. Upadacytynib hamując JAK-1 zmniejsza sygnalizację mediatorów odpowiedzialnych za objawy atopowego zapalenia skóry, w tym świąd i zmiany skórne.

Cel pracy: Ocenienie skuteczności i bezpieczeństwa stosowania upadacytynibu u dzieci powyżej 12. roku życia.

Materiał i metody: Przebieg leczenia upadacytynibem obserwowano u 3 pacjentów w wieku od 12 do 13 lat z przewlekłym atopowym zapaleniem skóry o nasileniu ciężkim (SCORAD > 50, EASI > 21,1), z cDLQI od 17 do 26 stosujących lek przez 8,18 oraz 37 tygodni. Upadacytynib w dawce 15 mg przyjmowali raz dziennie doustnie. Skuteczność i bezpieczeństwo stosowania leku oceniano średnio co 4–8 tygodni. Pacjenci stosowali jednocześnie emolientoterapię, glikokortykosteroidy miejscowe oraz inhibitory kalcyneuryny.

Wyniki: Po 4 tygodniach leczenia SCORAD50 uzyskało 2 pacjentów. U 1 pacjentki uzyskano SCORAD50 po 15 tygodniach leczenia (w okresie stosowania leku wystąpiła infekcja dróg oddechowych oraz wtórne zaostrenie zmian skórnych). W ocenie jakości życia określonej skalą cDLQI po 4 tygodniach stosowania leku zaobserwowano poprawę o ponad 50% u dwójga pacjentów. U jednej pacjentki poprawę cDLQI o ponad 50% uzyskano po 15 tygodniach leczenia. U pacjentki leczonej przez 37 tygodni uzyskano SCORAD95, EASI > 95, poprawę cDLQI o 90%. Wśród działań niepożądanych obserwowano podwyższony poziom kinazy kreatynowej oraz dehydrogenazy mleczanowej, poza tym lek był dobrze tolerowany w tej grupie dzieci.

Wnioski: Leczenie upadacytynibem w dawce 15 mg na dobę u pacjentów powyżej 12 roku życia z AZS o nasileniu ciężkim wskazują na jego skuteczność i korzystny profil bezpieczeństwa.

MASTOCYTOZY SKÓRNE W PRAKTYCE KLINICZNEJ — RETROSPEKTYWNA ANALIZA

Klaudia Lipińska, Natalia Bień, Aleksandra Lesiak, Małgorzata Skibińska Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp: Mastocytozy skórne to heterogenna grupa chorób o nie do końca poznanej etiologii. Charakteryzują się nadmierną akumulacją komórek tucznych w skórze. Klasyfikacja tej jednostki chorobowej jest ciągle nieprecyzyjna. Obecnie wyróżnia się następujące rodzaje: mastocytoma, mastocytoma plamisto-grudkowa oraz rozsiana mastocytoma skórna.

Materiał i metody: Do badania zostało zakwalifikowanych 87 pediatrycznych pacjentów hospitalizowanych w oddziale dermatologii z rozpoznaniem mastocytozy skórnej. Dane zostały zebrane retrospektywnie z okresu od stycznia 2017 do czerwca 2022, a następnie poddane analizie statystycznej pod kątem wieku, płci, wyniku biopsji skóry, poziomu tryptazy, wywiadu, chorób współistniejących, zastosowanego leczenia oraz wyników badań laboratoryjnych.

Wyniki: Wśród 87 pacjentów było 53 chłopców (60,9%) oraz 34 dziewczynki (39,1%). Średni wiek w grupie badanej wynosił 1,98 lat (od 1 mie-

siąca do 9 lat). 38 pacjentów prezentowało dodatni objaw Darriera. Najczęściej występującymi dodatkowo objawami skórnymi oprócz charakterystycznej osutki były suchość skóry oraz pęcherze. Średni wynik tryptazy w surowicy wynosił 9,1 µg/l (od 2,8 do 77,8 µg/l). U 5 pacjentów wynik był podwyższony powyżej 20 µg/l. U 12 pacjentów występowały choroby współistniejące, z czego najczęstszymi było atopowe zapalenie skóry oraz niedokrwistość.

Wnioski: Dalsze prace nad klasyfikacją mastocytozy są niezbędne. U pacjentów z podwyższonymi wynikami tryptazy konieczne jest przeprowadzenie dalszej kompleksowej diagnostyki obejmującej biopsję szpiku kostnego. Zgodnie z wytycznymi postępowanie zmniejsza ryzyko ewentualnych powikłań i jego przestrzeganie to bardzo ważny aspekt.

OCENA STANU BARIERY NASKÓRKOWEJ U PACJENTÓW LECZONYCH W PRZEBIEGU CHOROBY ONKOLOGICZNYCH

Dominika Ragin

Dermatoestetica Clinica Prof. B.W. Zegarscy

Wstęp: Stosowanie leków przeciwnowotworowych niesie za sobą ryzyko pojawienia się w obrębie skóry i jej przydatków objawów niepożądanych, takich jak suchość i świąd skóry, czy wypadanie włosów. Świadczy to o bezpośrednim wpływie leków onkologicznych na barierę naskórkową.

Cel pracy: Celem pracy było ustalenie poziomu TEWL, nawilżenia naskórka i natłuszczenia skóry u pacjentów onkologicznych przyjmujących leki chemioterapeutyczne.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono wśród 115 pacjentów (62 M, 53 K) w wieku od 23 do 85 lat, w Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Stan bariery naskórkowej oceniono za pomocą Tewameter® TM 300, Corneometer® CM825 i Sebumeter® SM815 na prawym przedramieniu i w okolicy rynny łojotokowej przedniej.

Wyniki: Pomiar stopnia TEWL na przedramieniu wykazały, że 40,0% pacjentów miało bardzo dobry stan skóry, 29,6% dobry, a 13,0% normalny, a 17,4% pogorszony. Na klatce piersiowej 68,7% badanych pacjentów uzyskało bardzo dobry poziom TEWL, 14,8% dobry, 7,8% normalny, a 8,7% pogorszony. Badanie korneometrem w okolicy przedramienia wykazało, że u 28,7% pacjentów poziom nawodnienia był prawidłowy, pozostałe osoby miały skórę suchą (40,9%) lub bardzo suchą (30,4%). Na klatce piersiowej skóra była prawidłowo nawodniona u 76,5% pacjentów. Pomiar wykonany sebumetrem wykazały, że poziom sebum na skórze przedramienia był prawidłowy u 86,1% badanych pacjentów, a u 13,9% obniżony. W okolicy rynny łojotokowej przedniej 44,3% pacjentów miało skórę normalną, 22,6% — ze zmniejszoną ilością sebum, u 33,0% pacjentów skóra była tłusta. Porównanie wyników pacjentów z grupą kontrolną wykazało, że skóra pacjentów miała istotnie niższy poziom nawilżenia i natłuszczenia niż skóra osób zdrowych. Badanie przeprowadzone tewametrem nie wykazało statystycznie istotnych różnic w uzyskanych wynikach między grupą badaną i kontrolną.

Wnioski: U pacjentów onkologicznych naskórek ulega odwodnieniu, a produkcja sebum w skórze zmniejsza się. Bariera naskórkowa w okolicy tułowia jest w mniejszym stopniu uszkodzona niż w obrębie kończyn. Brak zmian w poziomie TEWL wymaga dalszych badań. Zaburzenia bariery naskórkowej mogą sprzyjać pojawianiu się objawów niepożądanych i obniżeniu jakości życia pacjentów.

ZMIANY MELANOCYTARNE NA MAŁŻOWINACH USZNYCH — ANALIZA KLINICZNA I DERMOSKOPOWA

Urszula Maińska¹, Martyna Sławińska^{2,*}, Jakub Żółkiewicz², Andriy Petrunyuk², Michał Sobjanek^{2,*}

¹*Dermatologiczne Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny*

²*Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny*

*Opiekunowie pracy

Wstęp: Czerniaki małżowiny usznej występują rzadko, stanowiąc 7–20% wszystkich czerniaków okolicy głowy i szyi. Wzorce dermoskopowe czerniaków występujących w tej szczególnej lokalizacji są stosunkowo słabo poznane.

Cel badania: Celem badania była analiza kliniczna i dermoskopowa zmian melanocytarnych umiejscowionych na małżowinach usznych.

Materiał i metody: Retrospektywnie przeanalizowano archiwum zdjęć klinicznych i dermoskopowych Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego wykonanych w okresie od 1 czerwca 2016 roku do 1 czerwca 2022 roku celem identyfikacji zmian melanocytarnych występujących na małżowinach usznych. Zmiany kwalifikowano jako łagodne na podstawie wyniku badania histopatologicznego wskazującego na rozpoznanie znamienia barwnikowego lub stacjonarnego obrazu w trakcie obserwacji wideodermoskopowej. Do kategorii zmian złośliwych zaliczono czerniaki oraz guzy melanocytarne o niepewnym potencjale złośliwości weryfikowane histopatologicznie. Analizowano morfologię i wielkość wykwitów, obraz dermoskopowy, rozpoznanie histopatologiczne, wiek i płeć pacjentów oraz dane z wywiadu dotyczące osobniczego i rodzinnego występowania czerniaka.

Wyniki: W grupie badanej znalazło się 32 pacjentów (w tym 17 kobiet; 53,13%). Średni wiek w momencie zgłoszenia się pacjenta na badanie dermoskopowe wyniósł 37 lat. U 1 pacjenta stwierdzono dodatni osobniczy wywiad w kierunku czerniaka a u 1 czerniak występował w wywiadzie rodzinnym. 21 zmian zostało wyciętych diagnostycznie i zbadanych histopatologicznie, z czego 13 (61,9%) stanowiły zmiany łagodne, a 8 (38,1%) zmiany złośliwe. Pozostałe zmiany sklasyfikowano jako łagodne na podstawie stabilnego obrazu w trakcie obserwacji wideodermoskopowej. Przeanalizowano także cechy dermoskopowe wykwitów za pomocą 7-punktowej listy kontrolnej oraz algorytmu „Chaos i wzory”.

Wnioski: Stosunkowo wysoki odsetek nieprawidłowych zmian melanocytarnych w analizowanym materiale wskazuje na konieczność zachowania czujności diagnostycznej podczas oceny tej okolicy.

OCENA SKUTECZNOŚCI ORAZ BEZPIECZEŃSTWA LECZENIA DUPILUMABEM DOROSŁYCH PACJENTÓW Z ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY W PROGRAMIE LEKOWYM B.124

Justyna Ceryn, Aleksandra Siekierko, Aleksandra Lesiak, Małgorzata Skibińska, Joanna Narbutt*

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, WSS im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi

*Opiekun pracy

Wstęp: Dupilumab jest w pełni ludzkim przeciwciałem monoklinalnym skierowanym przeciwko receptorowi alfa interleukiny 4 (IL-4), hamującym przekazywanie sygnałów za pośrednictwem IL-4/IL-13. Jest pierwszym na świecie zarejestrowanym lekiem biologicznym do leczenia umiarkowanego do ciężkiego atopowego zapalenia skóry (AZS) u pacjentów od 6. roku życia w Europie oraz od 6. miesiąca życia w Stanach Zjednoczonych. Program lekowy leczenia dupilumabem dla dorosłych pacjentów z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry (B.124) został zatwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia 1 listopada 2021 roku, a pierwszy pacjent w Polsce został włączony w lutym 2022 roku.

Cel pracy: Celem pracy jest zaprezentowanie efektów leczenia dupilumabem 29 pacjentów włączonych do programu B.124 w Dermoklinice Centrum Medycznym.

Materiał i metody: Do programu B.124 zostało włączonych 29 pacjentów. Wszyscy pacjenci spełniali kryteria nasilenia ciężkości choroby (EASI \geq 20 i BSA \geq 10%), oraz wcześniejszego leczenia cyklosporyną (CsA) w ciągu 12 miesięcy przed włączeniem do programu. Ocena skuteczności leczenia została oceniona w skali EASI, BSA oraz DLQI w tygodniu 0 oraz 16.

Wyniki: Pięciu pacjentów odbyło wizytę monitorującą w 16. tygodniu leczenia, pozostali odbędą ją przed zaprezentowaniem wyników na konferencji. Średni SCORAD u pacjentów zakwalifikowanych wynosił 58,32 (+/- 16,8). Średnio EASI u 29 pacjentów wynosiło 33,23 (+/- 14,54); średni DLQI wynosił 17,10 (+/- 6,63). Największe EASI u pacjenta stanowiło 67,5. Największy DLQI — 27. Po 4 miesiącach, dwóch pacjentów uzyskało poprawę zmian skórnych EASI90, dwóch — EASI 75, jeden — EASI45. Jako pierwsze działanie leku pacjenci podawali zmniejszenie odczuwania świądu skóry. Wszyscy chorzy uzyskali poprawę jakości życia w skali DLQI o ponad 42%. W trakcie leczenia nie odnotowano istotnych działań niepożądanych. Do czasu konferencji wszyscy odbędą wizytę po 16 tygodniu leczenia — efekty leczenia pozostałych pacjentów zostaną zaprezentowane na konferencji.

Wnioski: Dupilumab jest skutecznym i bezpiecznym wyborem w leczeniu umiarkowanego do ciężkiego AZS u pacjentów dorosłych. W programie B.124 leczenie jest refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

POTENCJALNA ROLA PERIOPATOGENÓW W HIDRADENITIS SUPPURATIVA

Beata Jastrząb¹, Barbara Pańnik-Chwalik², Tomasz Konopka², Jacek Szepietowski¹, Łukasz Matusiak¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

²Katedra i Zakład Periodontologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wstęp: Hidradenitis suppurativa (HS) to przewlekła, zapalna choroba mieszków włosowych. Zapalenie przyzębia jest przewlekłą i wieloczynnikową chorobą zapalną związaną z zaawansowaną dysbiozą patogenego biofilmu bakteryjnego w kieszonkach przyzębnych. W dotychczasowych badaniach wykazano, że zapalenie przyzębia jest związane z wieloma chorobami zapalnymi o podłożu autoimmunologicznym.

Cel pracy: Celem niniejszej pracy było zbadanie stanu przyzębia i charakterystyka jego mikrobiomu u osób z HS oraz określenie potencjalnego związku między HS a zapaleniem przyzębia.

Materiał i metody: Do badania włączono 55 pacjentów z HS oraz 55 zdrowych pacjentów stanowiących grupę kontrolną. Zaawansowanie choroby w grupie badanej zostało ocenione klinicznie za pomocą dwóch skal: Hurley'a oraz IHS4 (*International HS Severity Scoring System*). W obydwu grupach z najgłębszej kieszonki przyzębnej pobrano materiał dla badania PCR w czasie rzeczywistym pozwalającego określić liczbowo ogólną liczbą bakterii w kieszonce (TBC) oraz 9 głównych periopatogenów.

Wyniki: Mikrobiota jamy ustnej wykryta u pacjentów z HS była znacznie liczniejsza niż u zdrowych osób z grupy kontrolnej. Ponadto zdecydowana większość poszczególnych patogenów przyzębia była częściej izolowana u pacjentów z HS w porównaniu do grupy kontrolnej. Najczęstszymi bakteriami wykrytymi w grupie HS były *T. denticola* (70,9%), *C. gingivalis* (67,3%), *P. micros* (41,8%) i *T. forsythia* (40,0%), natomiast wśród zdrowych osób *C. gingivalis* (34,5%), *T. denticola* (20,0%) i *P. micros* (18,2%) były najczęściej izolowanymi patogenami. Nie stwierdzono korelacji pomiędzy nasileniem HS a liczbą kopii DNA periopatogenów.

Wnioski: Według naszej najlepszej wiedzy jest to jedno z pierwszych badań określające status mikrobiologiczny przyzębia u pacjentów z HS. W niniejszym badaniu wykazano wyższą częstość występowania periopatogenów u pacjentów z HS w porównaniu do osób zdrowych. Przewlekła kolonizacja dziąseł i związane z nią środowisko zapalne może skutkować ogólnoustrojowym uwalnianiem cytokin prozapalnych i promować rozwój HS. Niemniej jednak dalsze badania dotyczące mikrobiomu jamy ustnej pacjentów z HS są niezbędne dla wyjaśnienia możliwych mechanizmów oddziaływania patogenów przyzębia w patogenezie HS.

ALEKSYTYMIA U MŁODZIEŻY CHORUJĄCEJ NA TRĄDZIK

Marta Szepietowska¹, Alicja Dąbrowska¹, Bernadetta Nowak¹, Katarzyna Skinderowicz¹, Bartosz Wilczyński¹, Piotr Krajewski², Alina Jankowska-Konsur²

¹SKN Dermatologii Eksperymentalnej przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii UM we Wrocławiu

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii UM we Wrocławiu

Wstęp: Aleksytmia definiowana jest jako niezdolność do identyfikowania, nazywania i wyrażania emocji. Wydaje się, że aleksytmia dość często dotyczyć może chorych z różnorodnymi problemami dermatologicznymi, jednakże dane piśmiennictwa są skąpe.

Cel pracy: Celem obecnej pracy była ocena aleksytymii u młodzieży chorującej na trądzik.

Materiał i metody: Badaniem objęto grupę 730 uczniów liceów ogólnokształcących we Wrocławiu i Sieradzu (średni wiek 17,05 ± 1,18 lat). Grupa reprezentatywna została oszacowana na 384 osoby (95% przedział ufności przy 5% błędzie). Obecność zmian trądzikowych była raportowana przez samych uczniów, a nasilenie trądziku było oceniane w samoocenie uczniów z wykorzystaniem standaryzowanych fotografii klinicznych odpowiadających skali *Investigators Global Assessment* (IGA).

Aleksytmie badano kwestionariuszem *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20). Dodatkowo u osób z trądzikiem oceniano jakość życia z użyciem kwestionariusza *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) oraz stygmatyzację wykorzystując narzędzie *6-Item Stigmatization Scale* (6-ISS). Otrzymane wyniki badań poddano analizie statystycznej w programie BM SPSS Statistics v. 26 (SPSS INC., Chicago, IL, USA).

Wyniki: 547 uczniów (74,9%) deklarowało obecność zmian trądzikowych. Aleksytmia została stwierdzona u 31% całej badanej grupy młodzieży, przy czym nie było różnic w częstości występowania aleksytymii u chorych na trądzik (31,3%) i osób bez trądziku (30,1%). Podobnie nie było istotnych różnic w całościowym wyniku skali TAS-20 pomiędzy badanymi grupami (odpowiednio 53,1 ± 12,8 oraz 53,5 ± 11,9 punktów). Częstość aleksytymii nie różniła się również w odniesieniu do poszczególnych stopni zaawansowania klinicznego trądziku. Stwierdzono jednakże istotnie dodatnie korelacje pomiędzy TAS-20 a obniżeniem jakości życia ($r = 0,332$, $p < 0,001$), jak i podwyższonym poziomem stygmatyzacji ($r = 0,284$, $p < 0,001$). Zależności te były znamienne zarówno dla całej skali TAS-20, jak i podskali DIF — trudności w identyfikacji emocji i DDF — trudności w wyrażaniu emocji. Nie było jednak takiej zależności w odniesieniu do podskali EOT — operacyjny styl myślenia.

Wnioski: Trądzik nie predysponuje do zwiększonej częstości aleksytymii u młodzieży. Jednakże aleksytmia u chorych na trądzik łączy się z obniżoną jakością życia oraz podwyższoną stygmatyzacją.

WPŁYW LEKÓW HIPOLIPEMIZUJĄCYCH NA PRZEBIEG ŁUSZCZYCY — PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Mateusz Matwiejuk, Hanna Myśliwiec, Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp: Łuszczyca jest przewlekłą, ogólnoustrojową chorobą zapalną, w której poza charakterystycznymi zmianami skórnymi obserwuje się liczne zaburzenia metaboliczne. Prowadzą one między innymi do rozwoju hiperlipidemii. W praktyce klinicznej najczęściej stosowanymi lekami w leczeniu zaburzeń lipidowych są statyny i fibraty.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena obecnego stanu wiedzy na temat wpływu leczenia hipolipemizującego na przebieg łuszczycy.

Materiał i metody: W pracy uwzględniono piśmiennictwo z baz medycznych: Pubmed i Google Scholar do 25 czerwca 2022 roku.

Wyniki: Statyny wywierają działanie pleiotropowe — obniżają stężenie LDL i stabilizują blaszkę miażdżycową, ale także modulują odpowiedź zapalną. Cechują się właściwościami immunomodulującymi i przeciwzapalnymi. Hamują aktywność komórek NK i limfocytów Th1, a także wydzielanych przez nie cytokin czy hsCRP, NF-κB, TNF-α, INF-γ. U osób z łuszczycą i hiperlipidemią redukuje ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej serca, w tym zawału serca (spadek LDL, TG, cholesterolu całkowitego; wzrost HDL). Leczenie simwastatyną przez 8 dni, wpływa znacząco na zmniejszenie wskaźnika PASI. Podanie atorwastatyny powoduje aktywację receptora LXR-α (*Liver X Receptor-alpha*), co wpływa na zmniejszenie proliferacji komórek nabłonka u pacjentów z łuszczycą oraz zmniejszenie stężenia kwasu linolowego, a wzrost kwasu arachidonowego w surowicy. Mimo to, część autorów nie obserwowała korzystnego wpływu leczenia na przebieg łuszczycy. Fibraty zwiększają poziom HDL-cholesterolu, i zmniejszają stężenie triglicerydów w surowicy krwi pacjentów z łuszczycą. Istnieją doniesienia o zaostreniu zmian skórnych w trakcie leczenia fibratami. Inne prace wskazują na korzystny wpływ leczenia klofibratem na przebieg łuszczycy.

Wnioski: Leczenie hipolipemizujące, oprócz rekomendowanej farmakoterapii w łuszczyce, może wpłynąć na zmniejszenie nasilenia zmian skórnych. W celu wyodrębnienia poszczególnych grup leków o korzystnym wpływie na przebieg leczenia łuszczycy potrzebne są dalsze randomizowane badania prospektywne.

PROFIL IMMUNOLOGICZNY ORAZ ALERGENOWY PACJENTÓW Z ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY LUB ŁUSZCZYCĄ

Magdalena Krupka-Olek¹, Andrzej Bożek¹, Aleksandra Krawczyk-Krupka², Maciej Pastuszczyk¹

¹Katedra Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Angiologii i Medycyny Fizykalnej w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Atopowe zapalenie skóry (AZS) i łuszczyca (PS) to ogólnoustrojowe choroby zapalne o złożonych i odrębnych mechanizmach immunologicznych. Nie wyklucza to jednak współwystępowania reakcji IgE zależnych w łuszczycy, a także jej zaostrzenia poprzez ekspozycję na wybrane alergeny.

Cel pracy: Celem pracy była ocena potencjalnych różnic między uczuleniami na alergeny wziewne, a profilami immunologicznymi pacjentów z rozpoznaniem AZS i PS w porównaniu z osobami zdrowymi.

Materiał i metody: Do badania prospektywnego włączono łącznie 139 pacjentów z AZS, 115 z PS i 142 z grupy kontrolnej. Kryteriami włączenia były: potwierdzona diagnoza AZS albo PS, wiek pomiędzy 18. a 65. rokiem życia, zgoda pacjentów. U wszystkich uczestników oznaczono stężenia swoistych IgE (sIgE) w surowicy krwi dla alergenów wziewnych takich jak: roztocza kurzu domowego, pyłki roślin, grzyby pleśniowe oraz sierści zwierząt. U wszystkich badanych, dokonano pomiaru stężeń cytokin TNF- α , IFN- γ , IL-2, IL-4, IL-5, IL-6, IL-8, IL-12, IL-17, IL-18, IL-22 i IL-24 w surowicy metodą immunoenzymatyczną (Thermo Fischer, Uppsala, Szwecja).

Wyniki: Pacjenci z AZS uzyskali istotnie częściej dodatnie wyniki sIgE ($> 0,35$ kU/l) niż pacjenci z PS i grupa kontrolna, odpowiednio: 113 vs. 36 vs. 21. Uczulenie na roztocze *D. pteronyssinus* dominowało u pacjentów z AZS ($p < 0,05$), a uczulenie na *Aspergillus fumigatus* u pacjentów z PS ($p < 0,05$). Pacjenci z uczuleniami wielowalnym na alergeny wziewne mieli mniejsze ryzyko rozwoju PS (OR = 0,65; 95% CI: 0,43–0,86), ale większe ryzyko ciężkiego AZS (OR = 3,77; 95% CI: 3,25–3,96). Średnie stężenia większości badanych cytokin były porównywalne u pacjentów z AZS i PS z wyjątkiem IL-4, IL-5 i IL-6, które dominowały tylko w grupie AZS. Nie stwierdzono zależności między podwyższonym stężeniem poszczególnych cytokin w surowicy, a uczuleniami na i poszczególne badane alergeny.

Wnioski: Uczulenia IgE zależne na alergeny wziewne występowały powszechnie u pacjentów z AZS, a w istotnie mniejszym stopniu u pacjentów z PS. U tych ostatnich, uczuleniu na alergeny często nie towarzyszyły objawy kliniczne alergii. Badane profile cytokin wskazywały na ich wysoką zbieżność u badanych pacjentów i potwierdzały aktywny charakter zapalny AZS i PS.

PRZEBIEG KLINICZNY OPRYSZCZKOWATEGO ZAPALENIA SKÓRY PRZED POSTAWIENIEM DIAGNOZY

Michał Owczarek¹, Magdalena Jałowska², Justyna Gornowicz-Porowska³, Monika Bowszyc-Dmochowska⁴, Marian Dmochowski⁵

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii i Dermatologii estetycznej przy Klinice Dermatologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Pracownia Kosmetologii Lekarskiej, Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³Katedra i Zakład Kosmetologii Praktycznej i profilaktyki chorób skóry, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

⁴Pracownia Histopatologii i Immunopatologii Skóry, Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

⁵Pracownia Autoimmunizacji w Dermatoz Pęcherzowych, Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp: Opryszczkowe zapalenie skóry (DH, *dermatitis herpetiformis*) tradycyjnie umieszcza się w spektrum celiakii.

Cel pracy: Celem tego ankietowego badania retrospektywnego była ocena przebiegu wykwitów skórnych w DH nieleczonym zarówno dąsą, jak i dietą bezglutenową przed postawieniem diagnozy.

Materiał i metody: Diagnozę DH stawiano po wynikach bezpośredniego badania immunofluorescencyjnego skóry okołowykwitowej ujawniającego złożki IgA w 7 wzorach spotykanych w DH (u wszystkich chorych) oraz badania histologicznego H+E i/lub badania surowicy techniką ELISA na przeciwciała IgA wobec transglutaminazy tkankowej (u części chorych). Badaniem w toku objęto 19 chorych na DH (12 płci męskiej, 7 płci żeńskiej).

Wyniki: 13 chorych wspomniało, że przebieg ich choroby był fluktuacyjny z okresami zwolnień i zaostrzeń, 6 natomiast podało, że wykwit utrzymywały się stale bez uchwytnej różnicy ich nasilenia. Odpowiedzi chorych odnośnie czasu trwania nielezonego DH były zazwyczaj nieprecyzyjne.

Wnioski: Otrzymane wyniki ujawniają istnienie różnic w przebiegu nielezonego DH. Spekuluje się, że chorzy z fluktuacyjnym przebiegiem DH mogliby mieć wydajniejsze uczynienie neutrofilów zdolnych do sprawniejszej cyklicznej fagocytozy patologicznych skórnych kompleksów immunologicznych IgA-transglutaminazy.

ZWIĄZEK MIĘDZY ŁUSZCZYCĄ A RYZYKIEM ASTMY OSKRZELOWEJ U DZIECI — METAANALIZA

Mateusz Mleczo, Agnieszka Gerkowicz, Dorota Krasowska

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej w Lublinie

Wstęp: Łuszczyca jest ogólnoustrojową chorobą zapalną, która wynika z interakcji między wrodzonym i nabytym układem odpornościowym, dotykając około 2% populacji. Klasycznymi objawami łuszczycy są blaszki rumieniowo-naciekowe pokryte srebrzystymi łuskami, występujące szczególnie na powierzchniach wyprostnych kończyn. Ogólnoustrojowe procesy zapalne związane z łuszczycą mogą być związane z rozwojem chorób współistniejących. Ostatnie badania sugerują zwiększoną częstość występowania chorób płuc w łuszczycy. Co ciekawe, współchorobowość są wykrywane także u dzieci i młodocianych pacjentów chorujących na łuszczycę.

Cel pracy: Celem pracy jest prezentacja związku między występowaniem łuszczycy a ryzykiem rozwoju astmy oskrzelowej w grupie Pacjentów pediatrycznych na podstawie przeprowadzonej metaanalizy.

Materiał i metody: W celu wykonania metaanalizy przeprowadzono kompleksowe przeszukiwanie baz danych literatury medycznej od marca 2015 roku do marca 2021 roku. W przeprowadzonych badaniach obliczono ilorazy szans (OR) i odpowiadające im 95% przedziały ufności (CI). Uwzględniono w sumie cztery badania z 11 336 przypadkami łuszczycy i 2 797 869 pacjentów z grup kontrolnych.

Wyniki: Nasza metaanaliza wykazała, że łuszczyca była istotnie związana ze zwiększonym ryzykiem astmy oskrzelowej u dzieci [OR 1,42 (95% CI, 1,04–1,95)].

Wnioski: Przeprowadzona metaanaliza pokazała, że dzieci z łuszczycą miały wyższe ryzyko rozwoju astmy oskrzelowej. Dlatego podczas leczenia pacjentów pediatrycznych z łuszczycą pospolitą należy wziąć pod uwagę możliwe ryzyko rozwoju astmy oskrzelowej i wczesne wdrożenie odpowiedniego postępowania. Konieczne są dalsze badania pod kątem występowania poszczególnych endotypów astmy oskrzelowej u Pacjentów z łuszczycą.

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA SEKSUALNEGO ORAZ WPŁYWU CHOROBY NA PRACĘ ZAWODOWĄ U KOBIET Z LISZAJEM TWARDZINOWYM NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Olga Jabłonowska, Agnieszka Żebrowska

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Liszaj twardzinowy (LS) to przewlekła dermataza o nie w pełni poznanej etiologii. Czynniki genetyczne, infekcyjne, autoimmunologiczne, hormonalne, środowiskowe odgrywają rolę w jej patogeniezie. Choroba może występować u obu płci, częściej diagnozowana jest u kobiet. Zmiany typie liszaja twardzinowego najczęściej są zlokalizowane w okolicy anogenitalnej. Liszaj twardzinowy jest uciążliwą chorobą, u wielu pacjentów powodującą dyskomfort oraz upośledzenie jakości życia. Objawy choroby zależą od nasilenia i lokalizacji zmian, obejmują: świąd, uczucie pieczenia, dysfunkcje seksualne, ból podczas oddawania moczu lub stolca.

Cel pracy: Celem badania jest analiza jakości życia seksualnego oraz wpływu choroby na produktywność w pracy zawodowej u kobiet chorujących na liszaj twardzinowy narządów płciowych.

Materiał i metody: Za pomocą wyselekcjonowanych, standaryzowanych kwestionariuszy medycznych: Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 (PHQ-9), Kwestionariusz pogorszenia wydajności pracy i wykonywania codziennych czynności: Ogólny stan zdrowia (WPAI:GH), Kwestionariusza Jakości Życia w Odniesieniu do Seksu-Kobieta (SQOL-F), w grupie kobiet chorujących na liszaj twardzinowy narządów płciowych ($n = 50$) oraz w grupie zdrowych kobiet ($n = 40$) został oceniony wpływ choroby na jakość życia seksualnego oraz produktywność związaną z pracą zawodową. Przeprowadzono analizę statystyczną zebranych danych.

Wyniki: Analiza statystyczna dotychczas zebranych danych wykazała, że jakość życia seksualnego u kobiet chorujących na liszaj twardzinowy narządów płciowych jest niższa niż w grupie zdrowych kobiet. W grupie kobiet badanych mediana SQOL-F była niższa niż w grupie kontrolnej. W przeprowadzonym Kwestionariuszu Zdrowia Pacjenta-9, kobiety z LS uzyskały wyższe wyniki, co sugeruje większe rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych w tej grupie. Ponadto analiza danych zebranych poprzez kwestionariusz WPAI:GH sugeruje, że liszaj twardzinowy może wywierać negatywny wpływ na pracę zawodową.

Wnioski: Jakość życia seksualnego u kobiet chorujących na liszaj twarżynowy narządów płciowych jest niższa niż w grupie zdrowych kobiet i może wiązać się z zaburzeniami depresyjnymi. Liszaj twarżynowy może wywierać także negatywny wpływ na pracę zawodową.

WPLYW PIERWOTNIE SKÓRNYCH CHŁONIAKÓW T-KOMÓRKOWYCH NA JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW ORAZ ICH RODZIN

Magdalena Łyko, Joanna Maj, Alina Jankowska-Konsur

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

Wstęp: Pierwotnie skórne chłoniaki T-komórkowe (CTCL, *cutaneous T-cell lymphoma*) to grupa rzadkich nowotworów limfoproliferacyjnych zajmujących wyłącznie skórę w momencie rozpoznania. Najczęstszą postacią CTCL jest ziarniniak grzybiasty (MF, *mycosis fungoides*) charakteryzujący się powolnym przebiegiem oraz często występującym świądem. Choroba wymaga długoterminowej terapii.

Cel pracy: Celem pracy jest zbadanie wpływu MF na jakość życia pacjentów oraz ich rodzin.

Materiał i metody: Badanie prowadzono od lutego do czerwca 2022 r. U pacjentów oceniono nasilenie zmian skórnych na postawie skali TNMB, świąd (NRS) oraz jakość życia (DLQI, skala depresji Becka). Krewni dokonali oceny jakości życia przy użyciu skali FDLQI. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki: W badaniu wzięło udział 13 pacjentów (5 kobiet i 8 mężczyzn) oraz 13 członków rodzin. Średni wiek pacjentów wynosił $65,15 \pm 16,95$ lat. U pacjentów zdiagnozowano odpowiednio stadium IA — 4 osoby (30,77%), IB — 6 osób (46,15%), IIB — 3 osoby (23,08%). U 4 pacjentów wynik skali Becka wskazywał na występowanie depresji. Kwestionariusz DLQI wykazał bardzo mocno obniżoną jakość życia u 1 pacjenta, bardzo u 4, umiarkowanie u 6 i nieznacznie u 1. Obserwowano korelację pomiędzy wynikiem DLQI a przeciętnym ($r = 0,619$, $p = 0,024$) oraz najniższym ($r = 0,701$, $p = 0,0077$) uczuciem świądu. Obserwowano dość silną korelację pomiędzy FDLQI a DLQI ($r = 0,843$, $p = 0,00029$). U pacjentów w stadium choroby IIB obserwowano bardziej obniżoną jakość życia w porównaniu do pacjentów w wczesnych stadiach choroby ($p = 0,043$). Podobnie u bliskich osób w stadium IIB jakość życia była bardziej obniżona niż u krewnych osób we wczesnych stadiach choroby ($p = 0,022$).

Wnioski: Prezentowane wyniki potwierdzają negatywny wpływ MF na jakość życia pacjentów i członków ich rodzin. Badanie pokazuje związek pomiędzy wynikami DLQI a FDLQI oraz nasileniem świądu. Ponadto istotnie częściej obserwowano znaczne obniżenie jakości życia u pacjentów w stadium IIB oraz ich bliskich w porównaniu z osobami we wcześniejszych stadiach choroby. Powyższe wyniki wskazują potrzebę wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego zarówno dla pacjentów z MF jak i ich krewnych.

SZCZEPIENIE PRZECIW COVID-19 A OBRZĘK NACZYNIORUCHOWY: RETROSPEKTYWNE BADANIE JEDNEGO OŚRODKA

Szymon Mućka¹, Magdalena Zajęc, Oliwia Warmusz¹, Maciej Pastuszcak²

¹Zakład Alergologii i Pokrzywki w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Oddział Kliniczny Dermatologii w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Idiopatyczny/spontaniczny histaminergiczny obrzęk naczynioruchowy (IH-AE) jest rzadkim fenotypem przewlekłej pokrzywki spontanicznej (około 10% pacjentów), który jest związany z aktywacją mastocytów przez niezidentyfikowany czynnik w mechanizmie nie zależnym od IgE. Zgodnie z naszą najlepszą wiedzą nie przeprowadzono badań oceniających wpływu szczepienia COVID-19 na nawracający izolowany obrzęk naczynioruchowy.

Cel pracy: Celem badania jest ocena wpływu szczepionki COVID-19 na częstość występowania reakcji nadwrażliwości u pacjentów z IH-AE.

Materiał i metody: Analiza dokumentacji medycznej pacjentów z IH-AE którzy zostali skierowani do ośrodka zajmującego się leczeniem pokrzywki w celu konsultacji/kwalifikacji do szczepienia COVID-19.

Wyniki: U niektórych pacjentów epizod obrzęku naczynioruchowego wystąpił kilka tygodni po podaniu pierwszej dawki. Po drugim i trzecim szczepieniu w ciągu 4 tygodni nie zaobserwowano u tych pacjentów żadnego epizodu obrzęku naczynioruchowego.

Wnioski: Wyniki te sugerują, że pacjenci z izolowanym IH-AE mają zwiększonego ryzyka wystąpienia reakcji nadwrażliwości (natychmiastowych i opóźnionych) po szczepieniu COVID-19.

ZASTOSOWANIE I WIDEODERMATOSKOPOWA OCENA SKUTECZNOŚCI TERAPII FOTODYNAMICZNEJ W LECZENIU POSTACI BARWNIKOWEJ ROGOWACENIA SŁONECZNEGO

Ewelina Mazur

Klinika Dermatologii, KSW nr 1, Rzeszów

Wstęp: Rogowacenie słoneczne (AK, *actinic keratosis*) jest stanem przednowotworowym skóry, powodowanym głównie przez nadmierną i przewlekłą ekspozycję na promieniowanie ultrafioletowe. Wymienia się kilka podtypów klinicznych tej powszechnej jednostki chorobowej, a wśród nich, nieczęsto spotykany, podtyp barwnikowy (pAK, *pigmented actinic keratosis*). Terapia fotodynamiczna (PDT, *photodynamic therapy*) jest leczeniem szeroko stosowanym w wariacjach klasycznym rogowacenia słonecznego. W literaturze brak jest jednak opisów zastosowania tej terapii wśród pacjentów z pAK. W naszej pracy prezentujemy serię przypadków pacjentów z pAK leczonych skutecznie terapią fotodynamiczną.

Cel pracy: Ocena przydatności zastosowania terapii fotodynamicznej w leczeniu postaci barwnikowej rogowacenia słonecznego.

Materiał i metody: Do badania włączono pacjentów z podtypem barwnikowym rogowacenia słonecznego leczonych terapią fotodynamiczną w Klinice Dermatologii KSW nr 1 w Rzeszowie pomiędzy XI 2020 a V 2022. Łącznie 21 zmian skórnych oceniono wideodermatoskopowo przed i po kolejnych zabiegach terapii fotodynamicznej.

Wyniki: Wszystkie oceniane zmiany skórne prezentowały w dermatoskopii typowe cechy charakterystyczne dla podtypu barwnikowego rogowacenia słonecznego m.in. obecność szarych kropek, brązowych obszarów bezstrukturalnych, szaro-brązowej pseudosiatki barwnikowej, postrzępionego brzegu i łuski. W przypadku 62% zmian badaniem wideodermatoskopowym wykazano całkowite ich ustąpienie po serii trzech zabiegów terapii fotodynamicznej, w pozostałych przypadkach uzyskano 80% redukcję wielkości zmian i ich wybarwienia.

Wnioski: Terapia fotodynamiczna stanowi skuteczną formę terapii postaci barwnikowej rogowacenia słonecznego a badanie wideodermatoskopowe jest użytecznym narzędziem pomocnym w ocenie skuteczności prowadzonej terapii.

DERMATOLOGICZNE POWIKŁANIA TATUAŻY WŚRÓD MIESZKAŃCÓW PÓŁNOCNEJ POLSKI

Patrycja Rogowska, Michał Sobjanek, Martyna Sławińska, Roman J. Nowicki, Aneta Szczerkowska-Dobosz

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii GuMED

Wstęp: Tatuaże są coraz częściej obserwowaną formą zdobienia skóry. Liczbę wytatuowanych mieszkańców krajów Europy zachodniej szacuje się na 20–30%. Tatuowanie polega na przerwaniu ciągłości tkanek i wprowadzeniu do organizmu różnych związków chemicznych, co wiąże się z ryzykiem komplikacji zdrowotnych.

Cel pracy: Celem pracy była analiza i charakterystyka różnorodnych obrazów klinicznych powikłań dermatologicznych tatuaży wśród mieszkańców północnej Polski.

Materiał i metody: Materiał stanowiło 65 osób (30 M, 35 K; średni wiek 34 lata), u których wystąpiły powikłania związane z wykonaniem tatuażu. U każdego pacjenta przeprowadzono wywiad, ocenę kliniczną i dokumentację fotograficzną zmian skórnych. W zależności od charakteru klinicznego zmian wykonywano dodatkowe badania diagnostyczne (w tym 23 biopsje skórne z oceną histopatologiczną).

Wyniki: U 25 pacjentów (38%) występowały reakcje nadwrażliwości ograniczone do jednego koloru pigmentu, z czego w 22 na 25 przypadków dotyczyły one koloru czerwonego. W 12 przypadkach (18%) stwierdzono ostre kontaktowe zapalenie skóry, które rozwinęło się bezpośrednio po wykonaniu tatuażu. U 10 pacjentów (15%) rozpoznano powikłania infekcyjne, w tym miejscowe zakażenia bakteryjne, infekcje

wirusowe (brodawki zwykłe, mięczak zakaźny) i infestacje pasożytniczą (nużycza). U 4 pacjentów z powikłaniami infekcyjnymi obraz dermoskopowy zmian skórnych umożliwił postawienie rozpoznania. Reakcje grudkowo-guzkowe w czarnych tatuażach obserwowano u 13 pacjentów (20%), wśród których u 8 (12%) stwierdzono obecność ziarniaków sarkoidalnych w badaniu histopatologicznym biopsji skórnej. U 2 chorych (3%) rozpoznano reakcje anafilakoidalną, najprawdopodobniej związaną z procedurą okolozabiegową celowej pigmentacji skóry. Wyśiew zmian łuszczykowych w tatuażu w mechanizmie objawu Koebnera stwierdzono u 2 pacjentów (3%). Bliznowacenie w miejscu tatuażu obserwowano u 1 osoby (2%).

Wnioski: Obraz kliniczny powikłań tatuaży w populacji Polski północnej jest zróżnicowany. Najczęściej obserwuje się reakcje na czerwony pigment, zmiany wypryskowe, miejscowe infekcje oraz przewlekłe reakcje zapalne w czarnych tatuażach. Szczegółone znaczenie ma diagnostyka reakcji ziarniakowych w tatuażach, gdyż mogą być one wyrazem procesu ogólnoustrojowego. Badanie dermoskopowe może być przydatne w rozpoznawaniu powikłań infekcyjnych tatuaży.

CZY PORADNIK MOŻE BYĆ UŻYTECZNYM ŹRÓDŁEM WIEDZY DLA PACJENTÓW NA TEMAT ICH CHOROBY? BADANIE PRZEKROJOWE WŚRÓD PACJENTÓW Z HIDRADENITIS SUPPURATIVA W POLSCE

Miłosz Lewandowski¹, Zuzanna Świerczewska^{1,2},
Wioletta Barańska-Rybak¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Practical and Experimental Dermatology Scientific Circle, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Hidradenitis suppurativa (HS) jest przewlekłą, dotkliwą chorobą skóry. Wraz z rozwojem technologii informatycznych pacjenci coraz częściej czerpią informacje dotyczące ich choroby z niezawieranych pod kątem rzetelności źródeł takich jak: strony internetowe oraz aplikacje społecznościowe. Pod kątem tego problemu stworzony został poradnik „Trądzik odwrócony — poradnik dla pacjentów”.

Cel pracy: Celem badania była ocena wpływu poradnika na stan wiedzy pacjentów chorujących na Hidradenitis suppurativa.

Materiał i metody: Do badania zakwalifikowani zostali pacjenci chorujący na Trądzik odwrócony. Badanie było przeprowadzone za pośrednictwem ankiety umieszczonej na facebookowej grupie wsparcia dla pacjentów cierpiących na HS, miesiąc przed udostępnieniem pacjentom poradnika „Trądzik odwrócony — poradnik dla pacjentów” (ISBN: 978-83-67147-02-6) oraz miesiąc po. Formularz ankiety zawierał dane pacjenta: płeć, wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania oraz 30 pytań dotyczących przebiegu ich choroby, a także oceniających podstawowy stan wiedzy w jej zakresie.

Wyniki: W badaniu wzięło 102 pacjentów, którzy wypełnili ankietę przed przeczytaniem poradnika, 30 z nich wypełniło ankietę po jego przeczytaniu. Nie wykazano istotnych różnic statystycznych między wynikami ankiet w zależności od płci, wykształcenia oraz miejsca zamieszkania. Wykazano, że zarówno przed jak i po przeczytaniu poradnika, osoby znające stopień nasilenia swojej choroby w skali Hurley statystycznie istotnie lepiej odpowiadały na zadane pytania (przed: $p = 0,0069$; po: $p = 0,0076$). Pacjenci po przeczytaniu poradnika ze znakomitą istotnością statystyczną lepiej odpowiadali na pytania ($p = 0,000011$). Badanie wykazało, że po przeczytaniu poradnika więcej osób oceniło poziom swojej wiedzy o chorobie jako dobry (> 7 pkt w skali 10 pkt.; $p < 0,00001$), ponadto grupa osób oceniająca swój stan wiedzy jako dobry przed przeczytaniem poradnika uzyskała lepsze wyniki ankiety od grupy osób oceniających swój stan wiedzy jako dobry przed jego przeczytaniem ($p = 0,026$).

Wnioski: Poradnik w znaczącym stopniu zwiększył poziom wiedzy pacjentów w zakresie swojego schorzenia, co może przelożyć się na lepszą współpracę między pacjentem a lekarzem, a co za tym idzie skuteczniejsze osiągnięcie celów terapeutycznych w leczeniu Trądziku odwróconego.

OLBRZYMIE RAKI KOLCZYSTOKOMÓRKOWE SKÓRY

Mateusz Krzysztof Mateuszczuk, Magdalena Łyko, Iwona Chlebicka,
Joanna Maj, Jacek Szepietowski

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, USK Wrocław

Wstęp i cel pracy: Olbrzymie raki kolczystokomórkowe skóry (cSCC) są bardzo rzadko raportowane w literaturze. Zgodnie z definicją, ich największa średnica wynosi co najmniej 5 cm. Ze względu na ograniczone dane naukowe, dzielimy się własnymi przypadkami klinicznymi.

Materiał i metody: Na podstawie retrospektywnej analizy danych klinicznych zidentyfikowano pacjentów przyjętych na Oddział Chirurgii Plastycznej celem leczenia cSCC. W latach 2016–2022 zidentyfikowano 96 takich przypadków, 7 spełniało kryteria olbrzymiego raka kolczystokomórkowego. Wśród analizowanych parametrów znajdowały się: płeć, wiek, lokalizacja i wielkość guza, czynniki ryzyka rozwoju cSCC, czas do diagnozy, stadium, leczenie i jego wynik.

Wyniki: Badaną grupę stanowiło sześciu (85,7%) mężczyzn i jedna (14,3%) kobieta. Średnia wieku pacjentów wyniosła $80,29 \pm 12,22$ roku. Wśród czynników ryzyka odnotowano promieniowanie ultrafioletowe (5), palenie tytoniu (3) i współwystępowanie hidradenitis suppurativa (1). W 5 (71,4%) przypadkach zmiany lokalizowały się w obrębie twarzy. Średnica guzów wahała się od 60 do 180 mm, a ich średnia powierzchnia wyniosła $273,81 \pm 154,85$ cm². U wszystkich pacjentów zdiagnozowano stadium T3 guza, u 3 (42,8%) obserwowano przerzuty do węzłów chłonnych i nie odnotowano przerzutów odległych. W 6 (85,7%) przypadkach zastosowano radykalne leczenie chirurgiczne. U dwóch pacjentów obserwowano miejscową wznowę. Ze względu na nieskuteczność lub przeciwwskazania do zastosowania innych metod leczenia 3 (42,86%) pacjentom podano cemiplimab w połączeniu z RP1.

Wnioski: W porównaniu z rakami kolczystokomórkowymi o mniejszej średnicy, olbrzymie cSCC rokują gorzej. Wczesne wykrycie i przeciwdziałanie czynnikom opóźniającym rozpoznanie są kluczowe. Chirurgiczne wycięcie zmian jest terapią z wyboru. Jednak w związku z wielkością tych nowotworów, najczęstszą lokalizacją w obrębie głowy, ryzykiem oszczędzenia, leczenie jest trudne i wymaga współpracy wielu specjalistów. W związku z powyższym, alternatywne formy terapii, w tym immunoterapia, mogą nabierać coraz większego znaczenia.

LECZENIE BIOLOGICZNE W TRĄDZIKU ODWRÓCONYM NA PRZYKŁADZIE PACJENTÓW Z KLINIKI DERMATOLOGII, WENEROLOGII I ALERGOLOGII W GDAŃSKU

Zuzanna Świerczewska¹, Wioletta Barańska-Rybak²

¹Studencie Koło Naukowe Practical and Experimental Dermatology przy Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Trądzik odwrócony to przewlekła, zapalna choroba skóry, manifestująca się uporczywymi, bolesnymi guzkami, ropniami lub przetokami w typowych dla siebie lokalizacjach takich jak doły pachowe, pachwiny czy szpara międzypoślądkowa. Patogeneza choroby jest wieloczynnikowa i nadal słabo poznana, a leczenie trudne i niejednokrotnie wymagające zastosowania jednocześnie wielu metod terapeutycznych. Jedną z nich jest leczenie biologiczne jedynym zarejestrowanym w terapii trądziku odwróconego lekiem, adalimumabem.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie skuteczności leczenia adalimumabem pacjentów z trądzikiem odwróconym.

Materiał i metody: Badanie oparto o retrospektywną i bieżącą analizę danych klinicznych pacjentów hospitalizowanych z powodu trądziku odwróconego w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2018–2022. Pod uwagę brano płeć, wiek pacjentów, wskaźnik BMI, choroby współistniejące, obraz kliniczny choroby, nikotynizm, początek objawów, zastosowane leczenie, działania niepożądane terapii oraz efekty leczenia.

Wyniki: W latach 2018–2022 leczonych biologicznie z powodu trądziku odwróconego było 7 pacjentów. W analizowanej grupie 6 pacjentów było płci męskiej, a 1 płci żeńskiej. Średnia wieku wyniosła 44,71 roku (21–70 lat). Sześciu z siedmiu pacjentów prezentowało zajęcie okolicy pachowej. Zmiany obserwowano również w okolicy pachwinowej, w obszarze moszny oraz szpary międzypoślądkowej. U sześciu z opisanych pacjentów nasilenie trądziku odwróconego oceniono jako stadium III Hurleya, a jednego jako stadium II. Do najczęstszych chorób współistniejących należały nadwaga oraz otyłość (86%), zanotowano również nadciśnienie tętnicze, trądzik pospolity oraz depresję. U żadnego z pacjentów nie stwierdzono dodatniego wywiadu rodzinnego w kierunku trądziku odwróconego. Ponadto, u sześciu pacjentów występował

nikotynizm. Obserwowano istotną poprawę stanu klinicznego choroby oraz dobrą tolerancję terapii.

Wnioski: Leczenie adalimumabem jest skuteczną i bezpieczną formą leczenia u pacjentów chorujących na trądzik odrwrocony niereagujących na dotychczasowo zastosowaną terapię.

WPŁYW LECZENIA BIOLOGICZNEGO NA STAN PRZECIWCIAŁ PRZECIWIĄDROWYCH U PACJENTÓW Z ŁUSZCZYCĄ

Klaudia Gorlewska, Martyna Gorlewska, Marta Kasprowicz-Furmańczyk

Wstęp i cel pracy: Łuszczyca to ogólnoustrojowa, przewlekła, zapalna choroba skóry. Szacuje się, że choroba występuje u ok. 3% populacji na świecie. W przebiegu łuszczyca istotną rolę pełnią cytokiny, takie jak czynnik martwicy nowotworu (TNF- α), IL-12, IL-17, IL-23. Przeciwko tym cytokinom stosowane są leki biologiczne, co zapoczątkowało nowy etap w terapii łuszczyca plackowatej. Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego leczenie biologiczne w Polsce stosowane jest w przypadkach umiarkowanej oraz ciężkiej postaci łuszczyca, w których nie uzyskano poprawy po leczeniu z zastosowaniem przynajmniej dwóch różnych metod tradycyjnej terapii ogólnej. Jednym z często zgłaszanych działań niepożądanych, szczególnie w przypadku TNF, jest indukcja tworzenia przeciwciał przeciwjądrowych. W przeprowadzonej analizie retrospektywnej oceniono obecność przeciwciał przeciwjądrowych u pacjentów z ciężką łuszczycą plackowatą oraz wpływ stosowanej terapii na miano przeciwciał przeciwjądrowych

Materiał i metody: Analizę retrospektywną objęto 41 pacjentów z łuszczycą plackowatą leczonych w Klinice Dermatologii Chorób Przenoszonych Drogą Pciową i Immunologii Klinicznej Miejskiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie w latach 2013–kwiecień 2022. Analiza retrospektywna obejmowała grupę 35 mężczyzn oraz 6 kobiet leczonych biologicznie przez okres co najmniej 48 tygodni. 21 pacjentów leczonych było adalimumabem, 5 infliksimabem, 6 sekukinumabem, 9 ustekinumabem. Poziom przeciwciał badano przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia biologicznego. Miano przeciwciał ANA 1:160 i wyższe uznawano za dodatnie.

Wyniki: Wśród pacjentów z łuszczycą plackowatą przeciwciała przeciwjądrowe stwierdzono u 45,2% pacjentów przed rozpoczęciem leczenia. Po leczeniu pojawienie się przeciwciał u osób początkowo ujemnych stwierdzono u 66,7% (14/21): 54,5% (6/11) w grupie adalimumabu, 100% (1/1) w grupie infliksimabu, 66,7% (4/6) w grupie ustekinumabu i 100% (3/3) w grupie sekukinumabu. Wzrost miana u pacjentów dodatnich przed rozpoczęciem cyklu leczenia zaobserwowano u 57,8% (11/19): 44,4% (4/9) w grupie adalimumabu, 75% (3/4) w grupie infliksimabu, 100% (3/3) w grupie sekukinumabu, 33,3% (1/3) w grupie ustekinumabu. Jeden z badanych pacjentów rozwinął objawy tocznia układowego polekowego.

Wnioski: W przeprowadzonej analizie retrospektywnej wykazano, że wszystkie zastosowane terapie indukowały pojawienie się przeciwciał przeciwjądrowych u pacjentów. Mimo wykazania immunogenności terapii biologicznej, nadal jest ona bezpieczną metodą leczenia pacjentów chorujących na łuszczycę. Na konferencji zostaną zaprezentowane również wyniki pacjentów, których leczenie rozpoczęto przed grudniem 2021, a obserwacje będą dotyczyły chorych leczonych do końca września 2022.

CZYNNIKI PROGNOZYSTYCZNE WCZESNEJ ODPOWIEDZI KLINICZNEJ NA LECZENIE SEKUKINUMABEM I ADALIMUMABEM U PACJENTÓW Z ŁUSZCZYCĄ PLACKOWATĄ

Dominika Ziółkowska-Banasik, Ewa Hadas, Maciej Pastuszczyk

Klinika Dermatologii w Zabrzcu, SUM

Wstęp: Coraz częściej zwraca się uwagę, że leki biologiczne stosowane z powodu łuszczyca pospolitej przy dłuższym okresie stosowania mogą tracić początkową skuteczność. Tym samym pacjenci mimo kontynuacji leczenia mogą doświadczać pojawiania się zmian łuszczycowych. Sugeruje się, że rzadziej dotyczy to chorych, którzy w początkowym okresie kuracji doświadczają istotnej remisji zmian łuszczycowych (tzw. wczesna/szybka odpowiedź na leczenie).

Cel pracy: Celem niniejszego doniesienia była próba identyfikacji czynników prognostycznych wczesnej odpowiedzi klinicznej na leczenie sekukinumabem i adalimumabem u pacjentów z łuszczycą plackowatą.

Materiał i metody: Analizie poddano 29 pacjentów z łuszczycą plackowatą, u których rozpoczęto leczenie sekukinumabem i 29 pacjentów, u których leczenie łuszczyca rozpoczęto adalimumabem. Przed rozpoczęciem leczenia zebrano szczegółowe dane kliniczne (m.in. PASI, BSA, wcześniejsze metody leczenia) oraz laboratoryjne. Wczesną odpowiedź kliniczną na leczenie zdefiniowano jako obniżenie się PASI o co najmniej 50% w ciągu pierwszego miesiąca kuracji w porównaniu do wartości sprzed rozpoczęcia leczenia.

Wyniki: W grupie pacjentów leczonych sekukinumabem wczesną odpowiedź kliniczną na leczenie zidentyfikowano u 52%, a u tych leczonych adalimumabem dotyczyła ona jedynie 17% chorych. Pacjenci leczeni adalimumabem, u których stwierdzono wczesną odpowiedź kliniczną na leczenie charakteryzowali się niższą wyjściową liczbą neutrofilów we krwi obwodowej w porównaniu do chorych, u których PASI w pierwszym miesiącu kuracji nie uległo obniżeniu o co najmniej 50% ($p = 0,01$). W przypadku pacjentów poddanych terapii sekukinumabem, w modelu regresji wielorakiej wykazano, że niezależnym czynnikiem predykcyjnym wystąpienia wczesnej odpowiedzi na leczenie jest wyjściowa liczba monocytów we krwi obwodowej ($R^2 = 0,7$; $\beta = -0,67$; $p = 0,03$).

Wnioski: Poczynione obserwacje wydają się być ściśle powiązane z mechanizmem działania analizowanych leków. Z kolei identyfikacja czynników prognostycznych wczesnej odpowiedzi na leczenie lekami biologicznymi łuszczyca plackowatej może przyczynić się do bardziej spersonalizowanego wyboru rodzaju leku (tj. anty-TNF, anty-IL17). Dążenie do uzyskania u chorego wczesnej odpowiedzi na leczenie może w dłuższej perspektywie przełożyć się na utrzymanie skuteczności leczenia i brak konieczności zmiany leku.

ERYTRODERMIA — PROSTA DIAGNOZA CZY WYZWANIE KLINICZNE? BADANIE RETROSPEKTYWNE

Aleksandra Snopkowska¹, Katarzyna Kliniec¹, Magdalena Lyko², Joanna Maj², Alina Jankowska-Konsur²

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

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

Wstęp: Erytrodermia jest uogólnionym zapaleniem skóry obejmującym przynajmniej 90% powierzchni ciała. Może występować w wyniku przebiegu wielu schorzeń o różnej etiologii i nierzadko stanowi poważne zagrożenie dla życia pacjenta.

Cel pracy: Analiza i porównanie wybranych cech przebiegu erytrodermii u pacjentów z woj. dolnośląskiego.

Materiał i metody: Przeprowadzono retrospektywną analizę danych klinicznych pacjentów hospitalizowanych z powodu erytrodermii w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii w latach 2012–2022. Na podstawie przygotowanego arkusza kalkulacyjnego analizowano wybrane parametry kliniczne i laboratoryjne. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej.

Wyniki: Erytrodermię obserwowano u 212 pacjentów, 140 (66,04%) mężczyzn i 72 (33,96%) kobiet. Średni wiek pacjentów wyniósł $56,36 \pm 19,01$ lat. Najczęstszymi przyczynami erytrodermii były: łuszczyca (50; 23,58%), atopowe zapalenie skóry (AZS) (32; 15,1%), pierwotnie skórne chłoniaki T-komórkowe (CTCL) (27; 12,74%) oraz erytrodermia polekowa (24; 11,32%). Najczęstszą przyczyną erytrodermii indukowanej lekami był allopuryinol (5 przypadków) oraz karbamazepina (3). Podwyższone stężenie IgE obserwowano istotnie częściej u pacjentów z AZS ($p = 0,0017$) oraz nierozpoznaną przyczyną erytrodermii ($p = 0,03$). Badanie histologiczne umożliwiło zdiagnozowanie 39 pacjentów (18,40%). Do najczęstszych chorób należały CTCL (13 osób), alergiczne zapalenie skóry (6), erytrodermia indukowana lekami (5) i wyprysk (5). U 36 (16,98%) pacjentów nie ustalono jednoznacznej przyczyny erytrodermii. W tej grupie chorych obserwowano podwyższone wartości beta-2 mikroglobuliny (11/15), IgE całkowitego (17/20), CRP (24/35) oraz leukocytów (15/34).

Wnioski: W badanej populacji oprócz znacznego odsetka łuszczyca, AZS oraz CTCL do wystąpienia uogólnionego zapalenia skóry przyczyniają się również inne, mniej oczywiste czynniki etiologiczne, z których część pozostaje dalej niezidentyfikowana. Pacjenci z erytrodermią o nieznanej przyczynie pozostają największym wyzwaniem diagnostycznym i terapeutycznym i wymagają szczególnie dokładnej ewaluacji.

GUZ SPLOTOWY — ANALIZA PACJENTÓW LECZONYCH W UNIWERSYTECKIM CENTRUM KLINICZNYM W GDAŃSKU

Beata Zagórska¹, Martyna Sławińska^{2,*}, Wojciech Biernat³, Michał Sobjanek^{2,*}

¹Dermatologiczne Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

³Katedra i Zakład Patomorfologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

*Opiekunowie pracy

Wstęp i cel pracy: Guz spłotowy (GS, *glomus tumor*) jest rzadko występującym nowotworem wywodzącym się z komórek neuromioarteralnych kłębków nerwowych okolicy zespołów tętniczo-żylnych. Najczęstszym umiejscowieniem anatomicznym jest okolica aparatu paznokciowego, ale guz może wystąpić w dowolnej lokalizacji. Schorzenie charakteryzuje triada objawów: silny przeszywający ból, nadwrażliwość na zimno oraz tkliwość (nasilenie się bólu przy miejscowym ucisku). GS aparatu paznokciowego w ocenie klinicznej może manifestować się jedynie objawami subiektywnymi lub prowadzić do onycholizy/dystrofii płytki paznokciowej. Ostateczne rozpoznanie ustala się na podstawie badania histopatologicznego wyciętej zmiany.

Materiał i metody: Retrospektywnie przeanalizowano wyniki badań mikroskopowych guzów poddawanych weryfikacji histopatologicznej w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku w okresie od 1 czerwca 2012 do 1 czerwca 2022, celem zidentyfikowania pacjentów z rozpoznaniem GS, których poddano dalszej szczegółowej analizie klinicznej.

Wyniki: W analizowanym przedziale czasowym zidentyfikowano 15 pacjentów z rozpoznaniem GS (leczonych w Klinice Dermatologii, Ortopedii, Chirurgii Plastycznej oraz Otolaryngologii), z czego u 2 pacjentów stwierdzono guzy mnogie. U 12 (80,0%) guz był umiejscowiony w obrębie aparatu paznokciowego [najczęściej ręki lewej (n = 7), a następnie ręki prawej (n = 5) i stopy prawej (n = 1)]. W grupie badanej stwierdzono istotną przewagę kobiet (n = 12), a średnia wieku wyniosła 48,9 lat. Czas od wystąpienia objawów do postawienia diagnozy wynosił od 13 miesięcy do 30 lat. GS aparatu paznokciowego prezentowały zróżnicowane cechy dermoskopowe.

Wnioski: Rozpoznanie GS należy uwzględnić w diagnostyce różnicowej bolesnych guzków, niezależnie od umiejscowienia anatomicznego. Ze względu na rzadkość występowania sprawy chorobowej i nieznajomość symptomatologii wśród pracowników ochrony zdrowia, okres od wystąpienia pierwszych objawów do rozpoznania choroby to często wiele lat.

WPŁYW ŚRODKÓW OCHRONY OSOBISTEJ NA STAN SKÓRY W ERZE COVID-19

Beata Zagórska¹, Magdalena Trzeciak^{2,*}

¹Dermatologiczne Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

*Opiekun pracy

Wstęp: W związku z ogłoszoną w Polsce w 2020 roku pandemią COVID-19 wprowadzono zalecenia m.in. dezynfekcję rąk oraz stosowanie środków ochrony indywidualnej (ŚOI).

Cel pracy: Praca ma na celu przedstawienie wpływu przewlekłego stosowania ŚOI na stan skóry w erze COVID-19.

Materiał i metody: Do badania z użyciem kwestionariuszy internetowych zostały zaproszone osoby w przedziale wiekowym 15–75 lat niezależnie od stanu zdrowia i poziomu wykształcenia zamieszkujący terytorium Polski.

Wyniki: Spośród zgłoszonych 500 osób, 20,2% stanowili pracownicy służby zdrowia i 54% studenci kierunków medycznych, z czego większość stanowiły kobiety (82,4%). W czasie stosowania ŚOI 315 osób (63%) zgłosiło zaostrzenie istniejących chorób skóry m.in. trądziku pospolitego, trądziku różowatego i łuszczycy a 245 (49%) wystąpienie nowych dermatoz takich jak m.in. trądzik pospolity i kontaktowe zapalenie skóry. Najczęściej zgłaszanym problemem była zwiększona suchość (66,8%), z kolei lokalizacją — skóra rąk (44,6%). Co więcej,

z powodu zaistniałych zmian skórnych aż 74 osoby (14,8%) zgłosiło niechęć do stosowania ŚOI.

Wnioski: Stosowanie ŚOI wiąże się z pojawieniem się nowych dermatoz jak i zaostrzenie istniejących chorób skóry. Istnieje więc potrzeba edukacji w zakresie stosowania ŚOI oraz rozważenie stworzenia szczególnych zasad/wytycznych dla osób zmagających się z chorobami skóry.

DERMATOLOGICZNE OBJAWY BIALLELICZNEJ MUTACJI U PACJENTÓW Z DYSPLAZJĄ EKTODERMALNĄ I JEJ WPŁYW NA CODZIENNOŚĆ KLINICZNĄ

Ewa Maria Sokolewicz, Agata Ogłóża, Wioletta Barańska-Rybak

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

Wstęp: Dysplazja ektodermalna (EDD) jest rzadkim dziedzicznym zaburzeniem skóry. Zgodnie z definicją zaproponowaną przez Freire-Maia w 1971 roku, objawy zaburzenia można zaobserwować w dwóch lub więcej strukturach ektodermalnych, przy czym co najmniej jedna z nich występuje w gruczołach potowych, paznokciach, włosach lub zębach. Częstość występowania zespołów dysplazji ektodermalnej jest nieznana, jednak międzynarodowa częstość występowania EDD wynosi około 7 na 10 000 urodzeń. Najczęstszą odmianą jest hipohydrotyczna EDD, która często jest sprzężona z chromosomem X, a pełną ekspresję obserwuje się tylko u mężczyzny. Do genów kojarzonych z EDD należą między innymi warianty ED1, EDAR lub EDARADD oraz WNT10A.

Cel pracy: Celem badania była ocena występowania objawów dermatologicznych u pacjentów z EDD i ich wpływ na codzienność kliniczną.

Materiał i metody: W badaniu przekrojowym poddano analizie czterech pacjentów pediatrycznych w wieku 12,6 +/- 1,34 lat przyjętych do akademickiego ośrodka referencyjnego w Gdańsku celem diagnostyki. Przeprowadzono skrupulatne badanie fizykalne oraz konsultację genetyczną.

Wyniki: Przedstawiamy wyniki czterech pacjentów obu płci obarczonych bialleliczną mutacją w genach kojarzonych z EDD. U dwóch pacjentów znaleziono mutację w tych samych dwóch allelach genu WNT10A i cechy autosomalnej recesywnej postaci EDD. Żaden z pacjentów nie wykazywał typowych objawów hipohydrotycznej formy EDD.

Wnioski: Spektrum anomalii dotyczących struktur ektodermalnych jest niezwykle szerokie i wymaga wielodyscyplinarnego podejścia obejmującego genetykę, dermatologię, stomatologię i pediatrię, jak i uważnego postępowania anestetycznego w przypadku procedur chirurgicznych. Pacjentów z bialleliczną postacią WNT10A można rozpoznać na podstawie charakterystycznych cech klinicznych. Bialleliczna postać EDD różni się przebiegiem oraz obrazem klinicznym od innych form EDD.

AUTOIMMUNOLOGICZNE ASPEKTY POKRYWKI PRZEWLEKŁEJ — BADANIE ANKIETOWE

Weronika Zysk¹, Magdalena Trzeciak²

¹Dermatologiczne Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Pokrzywka autoimmunologiczna stanowi rodzaj przewlekłej pokrzywki spontanicznej (CSU, *chronic spontaneous urticaria*). Udział zjawisk autoagresji w pokrzywce przewlekłej postulowany jest od wielu lat.

Cel pracy: Celem badania była analiza autoimmunologicznych aspektów pokrzywki przewlekłej oraz współwystępujących chorób o podłożu autoimmunologicznym.

Materiał i metody: Badanie zostało oparte na anonimowej, oryginalnej ankiecie. W badaniu wzięło udział 102 pacjentów chorujących na pokrzywkę przewlekłą. Analizę statystyczną przeprowadzono w oparciu o test Chi-kwadrat oraz test t-Studenta, z poziomem istotności statystycznej $p < 0,05$.

Wyniki: W badanej grupie 97 pacjentów (95,1%) było płci żeńskiej i 5 (4,9%) płci męskiej. Najliczniejszą grupę stanowili respondenci w przedziale wiekowym 19–39 lat (n = 61). 26 badanych (25,5%) zgłaszało obecność pokrzywki autoimmunologicznej i byli oni statystycznie starsi niż badani bez tej odmiany pokrzywki ($37,3 \pm 10,5$ vs. $32,6 \pm 9,7$; $p = 0,041$). Spośród wszystkich ankietowanych, 31 (30,4%) zgłaszało obecność co najmniej 1 choroby autoimmunologicznej. Najczęściej były to choroba Hashimoto (22,5%), toczeń rumieniowaty układowy (2,9%) oraz

reumatoidalne zapalenie stawów (2,9%). Choroby autoimmunologiczne z największą częstością występowały w grupie wiekowej 40+ (44,1%) oraz statystycznie częściej u badanych z pokrzywką autoimmunologiczną niż u badanych bez tej odmiany pokrzywki (50% vs. 23,7%; $p = 0,012$). Również częściej obecna była u nich więcej niż jedna choroba autoimmunologiczna (15,4% vs. 5,3%). Dodatni wywiad rodzinny w kierunku chorób autoimmunologicznych był obecny u 35,3% ankietowanych.

Wnioski: Uzyskane wyniki sugerują, że w grupie osób chorujących na pokrzywkę przewlekłą schorzenia o podłożu autoimmunologicznym częściej dotyczą tych powyżej 40 roku życia oraz z rozpoznaniem autoimmunologicznym typem pokrzywki. W tej grupie pacjentów należy zwrócić szczególną uwagę na obecność symptomów innych chorób z autoagresji.

OBRAZ PODŁUŻNEJ MELANONYCHII U DZIECI — RETROSPEKTYWNE BADANIE DWUOSRODKOWE

Anna Płaszczyńska^{1,2}, Martyna Sławińska^{1,*},
Agnieszka Owczarczyk-Saczonek², Michał Sobjanek^{1,*}

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

*Opiekunowie pracy

Wstęp i cel pracy: Melanonychię podłużną (*longitudinal melanonychia*) definiuje się jako podłużny prążek przebiegający przez całą długość płytki paznokciowej o zabarwieniu od szarego do czarnego. Powstaje na wskutek aktywacji lub proliferacji melanocytów macierzy aparatu paznokciowego. W populacji kaukaskiej melanonychia podłużna występuje rzadko, stanowiąc około 1% przypadków. W okresie dzieciństwa najczęściej jest manifestacją zmian łagodnych, a czerniak aparatu paznokciowego występuje niezwykle rzadko.

Materiał i metody: Retrospektywna analiza pacjentów < 18 r.ż. z podłużną melanonychią diagnozowanych w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz w Klinice Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.

Wyniki: W badaniu przeanalizowano obraz kliniczny i dermoskopowy przypadków podłużnej melanonychii u dzieci w różnym wieku. Melanonychia podłużna w analizowanym materiale wykazywała szerokie spektrum kliniczne i dermoskopowe. Biopsja aparatu paznokciowego była niezbędna jedynie w kilku przypadkach. W analizowanym materiale nie rozpoznano czerniaka aparatu paznokciowego.

Wnioski: Postępowaniem z wyboru w tej grupie wiekowej w większości przypadków jest obserwacja pacjentów wraz z dokumentacją fotograficzną — kliniczną i dermoskopową. Badanie wideodermoskopowe jest użytecznym narzędziem diagnostycznym w monitorowaniu ewolucji podłużnej melanonychii w populacji pediatrycznej. W sytuacjach wątpliwych należy wykonać biopsję macierzy aparatu paznokciowego z oceną histopatologiczną.

POZIOM INTERLEUKINY 31 W SUROWICY PACJENTÓW ZE ŚWIĄDEM ZWIĄZANYM Z PRZEWLEKŁĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK. CZEGO MOŻEMY SIĘ SPODZIEWAĆ?

Karolina Świerczyńska, Piotr Krajewski, Jacek Szepietowski
Klinika Dermatologii, Alergologii i Wenerologii, Wrocław

Wstęp: Świąd związany z przewlekłą niewydolnością nerek jest jednym z najczęstszych i najbardziej uciążliwych dermatologicznych objawów dotyczących pacjentów dializowanych. Jego etiopatogeneza wciąż nie została w pełni poznana.

Cel pracy: Badanie to zostało zaprojektowane w celu sprawdzenia możliwego udziału interleukiny-31 (IL-31) w patogenezie świądu u pacjentów poddawanych hemodializie.

Materiał i metody: Oceniliśmy poziom IL-31 w surowicy pacjentów hemodializowanych ze świądem, pacjentów hemodializowanych bez świądu oraz osób zdrowych i jego korelację z nasileniem świądu. W badaniu wzięło udział 175 osób dorosłych. Uczestnicy zostali podzieleni na trzy grupy. Grupa A obejmowała 64 pacjentów dializowanych zgła-

szających świąd. Grupa B obejmowała 62 pacjentów dializowanych bez świądu, a grupa C obejmowała 49 zdrowych osób z grupy kontrolnej. Nasilenie świądu oceniano za pomocą numerycznej skali oceny (NRS, *numerical rating scale*). Poziom IL-31 w surowicy był mierzony metodą ELISA.

Wyniki: Wyniki wykazały, iż poziom IL-31 w surowicy był istotnie wyższy w grupie pacjentów ze świądem ($p < 0,001$) w porównaniu z pacjentami bez świądu. Ponadto zaobserwowano trend w kierunku istotności ($r = 0,242$, $p = 0,058$) między poziomem IL-31 w surowicy, a nasileniem świądu.

Wnioski: Badanie potwierdza rolę IL-31 w rozwoju świądu związanego z przewlekłą niewydolnością nerek.

RÓŻNE OBLICZA CZERNIAKA BEZBARWNIKOWEGO SKÓRY

Izabela Skórka¹, Michał Sobjanek², Martyna Sławińska²

¹Dermatologiczne Studenckie Koło Naukowe, Katedra i Klinika Dermatologii, Alergologii i Wenerologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp i cel pracy: Czerniak bezbarwnikowy jest stosunkowo rzadką postacią czerniaka skóry. Nowotwór ten, ze względu na niespecyficzny obraz kliniczny, sprawia pewne problemy diagnostyczne, co może wpływać na opóźnienie wdrożenia właściwego leczenia, a tym samym gorsze rokowanie.

Materiał i metody: W pracy przedstawiono spektrum kliniczne czerniaka bezbarwnikowego na podstawie pacjentów (dorosłych i dzieci) diagnozowanych i leczonych w gdańskiej klinice dermatologicznej.

Wyniki: Czerniak bezbarwnikowy ma różne oblicza kliniczne i histopatologiczne. Praca obrazuje ich przegląd i zwraca uwagę na najważniejsze cechy wykultu, które powinny budzić czujność klinicysty.

Wnioski: Na podstawie wnikliwej analizy morfologii wykultu bezbarwnikowego oraz jego obrazu dermoskopowego, po uwzględnieniu danych klinicznych, można z dużym prawdopodobieństwem zakwalifikować zmianę jako łagodną, podejrzaną lub złośliwą. Rozstrzygające jest natomiast badanie histopatologiczne. Duże nadzieje budzi zastosowanie mikroskopii konfokalnej w diagnostyce bezbarwnikowych złośliwych nowotworów skóry.

DEMODEKOZA JAKO MOŻLIWA PRZYCZYNA ŁYSIENIA — OPIS SERII PRZYPADKÓW

Arkadiusz Grunwald¹, Dominika Dzik¹, Małgorzata Satora¹,
Kinga Brzuszkiewicz¹, Paweł Jerczyński¹, Agnieszka Gerkowicz²,
Dorota Krasowska²

¹Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej; Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej; Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp: *Demodex spp.* to saprobiontyczne roztocze bytujące na skórze, odżywiające się złuszczonej komórkami naskórka i wydzieliną z gruczołów łojowych. W zdrowej skórze liczba roztoczy *Demodex* jest zazwyczaj niska, jednak opisano korelacje kliniczno-patologiczne między zwiększoną gęstością występowania samic w przebiegu demodekozy a trądzikiem różowatym i zapaleniem powiek. Ostatnio zwraca się uwagę na możliwy udział *Demodex folliculorum* w patogenezie łysienia bliznowaciejącego.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie serii przypadków klinicznych współwystępowania łysienia bliznowaciejącego z demodekozą.

Materiał i metody: Opisano serię 5 pacjentów, w tym 4 kobiety i 1 mężczyznę, w wieku 27–69 lat z noworozpoznanym łysieniem bliznowaciejącym i potwierdzoną obecnością roztoczy *Demodex*.

Wyniki: U wszystkich pacjentów rozpoznanie łysienia bliznowaciejącego postawione było w oparciu o badanie histopatologiczne i badanie trichoskopowe. Z uwagi na obecność w biopsji skóry samic *Demodex folliculorum* u wszystkich chorych pobrano zeszkrobiny ze skóry głowy potwierdzając obecność nużeńca. Wszyscy pacjenci podawali bardzo nasilony i uporczywy świąd skóry. Na podstawie obrazu mikroskopowego i klinicznego rozpoznano demodekozę współwystępującą z łysieniem bliznowaciejącym typu łysienie czołowe bliznowaciejące lub liszaj płaski

mieszkowy. W zależności od nasilenia zmian, w terapii zastosowano miejscowo lub ogólnie iwermektynę. Dodatkowo u wszystkich wykonano serię 10 naświetlań czerwonym światłem LED o długości 630 ± 5 nm. W badaniu kontrolnym nie stwierdzono obecności nużeńca, zaś badanie trichoskopowe nie wykazało zmian zapalnych, pacjenci podawali również znaczne zmniejszenie świądu skóry.

Wnioski: Rola demodekozy w patogenezie łysienia nadal pozostaje sporna. W zaprezentowanych przypadkach stwierdzono obecność roztozcy *Demodex folliculorum* w charakterystycznych zmianach skórnych jeszcze przed rozpoczęciem leczenia, co sugeruje możliwy udział nużeńca w patogenezie łysienia u tych pacjentów.

PREPARATY DO UŻYTKU WETERYNARYJNEGO STOSOWANE W LECZENIU ZMIAN SKÓRNYCH W DOBIE PANDEMII COVID-19

Olivia Jakubowicz-Zalewska, Joanna Bacharewicz-Szczerbicka, Hanna Myśliwiec, Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii UMB

Cel pracy: Prezentacja dwóch pacjentów, u których zmiany skórne były spowodowane zastosowaniem preparatów miejscowych przeznaczonych dla zwierząt.

Wyniki: Pacjentka lat 62, z wywiadem łuszczycy zwykłej od 2014 r., samodzielnie zastosowała na zmiany łuszczycowe środek przeznaczony do pielęgnacji wymion u krów i kóz — Mastiprewent (olejek eukaliptusowy, kamfora, mentol). Po użyciu preparatu pojawiły się początkowo zlewne zmiany grudkowo-rumieniowe, a następnie pęcherze i krosty w obrębie skóry całego ciała. Po zastosowanym leczeniu ogólnym i miejscowym uzyskano znaczną poprawę kliniczną.

Pacjent lat 60, został przyjęty do Kliniki z powodu nasilonych zmian rumieniowo-naciekowych, pokrytych strupami i łuskami, zlokalizowanych na kończynach górnych i dolnych. Zmianom towarzyszył silny świąd. Chory przyznał się, że na zmiany wypryskowe stosował przez kilka dni miejscowo preparat weterynaryjny Biolugol (jod, jodek potasu). Po zastosowanym leczeniu ogólnym i miejscowym uzyskano znaczną poprawę kliniczną.

Wnioski: Pacjenci podczas pandemii COVID-19 samodzielnie, bez konsultacji z lekarzem, stosowali preparaty miejscowe (w tym przeznaczone dla zwierząt). Mogło to mieć związek z utrudnionym dostępem do opieki medycznej.

PODEJŚCIE DIAGNOSTYCZNE DO OCENY ATYPOWYCH ZMIAN MELANOCYTOWYCH U PACJENTÓW Z MASTOCYTOZĄ — DOŚWIADCZENIA WŁASNE I PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA

Agnieszka Kaszuba, Martyna Sławińska, Justyna Czarny, Michał Sobjanek, Magdalena Lange

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

Wstęp i cel pracy: Mastocytoza to przewlekła choroba nowotworowa, związana z nadmierną proliferacją i akumulacją mastocytów w różnych narządach. Mastocytoza skóry jest najczęstszym wariantem choroby występującym u dzieci, natomiast u dorosłych dominuje układowa postać choroby (z lub bez zajęcia skóry). Wyniki uprzednio przeprowadzonych badań w grupie pacjentów z mastocytozą wskazywały na zwiększone ryzyko zachorowalności na czerniaka. Jednoznaczne przyczyny tego zjawiska, jak również rekomendacje dotyczące skriningu w kierunku tego nowotworu u pacjentów z mastocytozą nie zostały dotąd ustalone.

Materiał i metody: Analiza kliniczna, dermoskopowa i histopatologiczna pacjentów z mastocytozą diagnozowanych w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, u których dodatkowo rozpoznano atypowe zmiany melanocytarne.

Wyniki: Pierwszy pacjent to 20-letni mężczyzna z rozpoznaniem mastocytozy skóry o wieloletnim przebiegu o nietypowym obrazie klinicznym, u którego podczas kontroli dermatologicznej zauważono bezbarwny guzek skóry okolicy karku. Zmianę zakwalifikowano do wycięcia diagnostycznego potwierdzając rozpoznanie atypowego guza Spitzoidalnego.

Druga pacjentka to 23-letnia kobieta z rozpoznaniem mastocytozy skóry. Podczas kontroli dermoskopowej u chorej zauważono atypową plamę barwnikową okolicy podkolanowej prawej, którą zakwalifikowano do wycięcia diagnostycznego potwierdzając rozpoznanie atypowego guza Spitzoidalnego.

Trzecia pacjentka to 78-letnia chora z rozpoznaniem mastocytozy skóry, u której stwierdzono atypową plamę barwnikową skóry szyi po stronie prawej; wykwił wycięto, diagnostycznie potwierdzając rozpoznanie czerniaka (Breslow 0,3 mm).

Wnioski: Dane literaturowe oraz doświadczenia własne wskazują na konieczność uważnej oceny klinicznej i dermoskopowej pacjentów z mastocytozą. Obecnie prowadzone w Klinice badanie prospektywne ma na celu ustalenie rzeczywistego ryzyka zachorowania na nowotwory skóry w grupie polskich chorych z mastocytozą.

ATOPIA I MULTISENSYTYZACJA I ICH WPŁYW NA PRZEBIEG CHOROBY U OSÓB Z ASTMĄ CIĘŻKĄ

Agata Rolewicz¹, Karolina Minkowska¹, Jan Romantowski², Marek Niedożytko²

¹Gdański Uniwersytet Medyczny

²Klinika Alergologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

Wstęp: Astma jest przewlekłą chorobą zapalną dróg oddechowych, charakteryzująca się obturacją dróg oddechowych oraz napadowym skurczem oskrzeli. W związku z częstym występowaniem (5,4% populacji w Polsce) stanowi istotny problem społeczny. Astma może być alergiczna, gdzie obecne są klinicznie istotne swoiste przeciwciała IgE w surowicy, lub niealergiczna. Uważa się, iż astma alergiczna lepiej odpowiada na leczenie, jednak dane literaturowe nie są rozstrzygające.

Cel pracy: Celem badania jest wykazanie możliwości wykrycia nowych sensytyzacji przez test ALEX u pacjentów z astmą ciężką a także które uczulenia istotnie wpływają na przebieg choroby.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 42 pacjentów ze zdiagnozowaną ciężką astmą według GINA. U pacjentów wykonano test ALEX badający swoiste IgE w surowicy krwi dla 295 alergenów. Próg wykrywalności wyniósł 20 U/ml. Badanie uzupełniono ankietami ACQ (*Asthma Control Questionnaire*) i miniAQLQ (*Asthma Quality of Life Questionnaire*), badaniem spirometrycznym, przyjmowanymi lekami oraz morfologią krwi. Wpływ uczuleń oceniono analizą korelacji Spearmana.

Wyniki: W badaniu wzięło udział 29 kobiet i 13 mężczyzn w wieku 22–70 lat. W analizie korelacji wykazano, u osób starszych: mniejszą liczbę uczuleń ($R = -0,310505$), niższy poziom cIgE w surowicy ($-0,328160$), gorsze wyniki FEV1 ($R = -0,346469$). Uczulenie na główny alergen *Aspergillus* (*Asp* f1) korelowało z niższym wynikiem FEV1 ($R = -0,318003$). Pacjenci uczuleni na większą liczbę alergenów wymagali mniejszych dawek doustnego prednizonu. ($R = -0,322887$). Uczulenie na alergen psa (*Can f*1) pogarszało kontrolę astmy ocenioną w ACQ ($R = 0,373626$). Wśród 60% pacjentów potwierdzono uczulenie na alergeny wziewne a u 16% test Alex wykrył sensytyzację na nowe, niezidentyfikowane wcześniej alergeny.

Wnioski: Ustalono, że wraz z wiekiem spada liczba uczuleń, a wyniki spirometrii są coraz gorsze. Wyniki badania wskazują na istotną rolę alergenów *Aspergillus* i psa w przebiegu astmy ciężkiej. U pacjentów z ciężką astmą niealergiczną częściej konieczne są wyższe dawki prednizonu w porównaniu do pacjentów z ciężką astmą alergiczną co sugeruje lepszą odpowiedź na leczenie wziewne w astmie alergiczej.

ZASTOSOWANIE TECHNIK LASEROTERAPII W TERAPII NACZYNNIAKÓW NIEMOWLĘCYCH — AKTUALNE TRENDY POSTĘPOWANIA ORAZ DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Lilianna Leśniak-Jakubiec, Hubert Arasiewicz, Michał Dec, Barbara Szyrka

Oddział Dermatologii i Leczenia Anomalii Naczyniowych dla Dzieci, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, Sosnowiec

Wstęp i cel pracy: Definicja anomalii naczyniowych obejmuje zarówno guzy jak i malformacje naczyniowe. Do najczęściej rozpoznawanych zaliczamy naczyniaki niemowlęce oraz malformacje typu płam czerwonego

wina. Anomalie naczyniowe w obrębie głowy i szyi poza zaburzeniami funkcjonalnymi znacząco wpływają na rozwój psychospołeczny dziecka. Ze względu na małą inwazyjność oraz wysoką skuteczność, laseroterapia znajduje coraz więcej zwolenników także w populacji pediatrycznej. Zastosowanie opisywanej metody w ramach technik łączonych umożliwia wcześniejsze zakończenie leczenia nieselektywnymi beta-adrenolitykami i/lub redukcję zmian rezydualnych. Istotną rolę odgrywa także w przypadku guzów naczyniowych w których leczenie ogólnoustrojowe jest przeciwwskazane, a zmiany powodują zniekształcenia funkcjonalne i/lub kosmetyczne.

Materiał i metody: Literatura w języku polskim i angielskim została wyselekcjonowana z pomocą wyszukiwarki PubMed i Medline do czerwca 2022 roku. Leczeniu poddano pacjentów z guzami i malformacjami naczyniowymi pozostającymi w obserwacji Oddziału i Poradni Dermatologii i Leczenia Anomalii Naczyniowych dla Dzieci w Centrum Pediatrii Jana Pawła II. Zaprezentowano protokoły terapeutyczne.

Wyniki i wnioski: Bazując na danych literaturowych oraz własnych obserwacjach, laseroterapia naczyniaków niemowlęcych stanowi cenne uzupełnienie dla leczenia b-adrenolitykami umożliwiając wcześniejsze zakończenie leczenia systemowego i redukcję zmian rezydualnych. Pozwala także skutecznie redukować zmiany typu czerwonego wina, mające znaczny wpływ na rozwój psychospołeczny dziecka. Zastosowanie laseroterapii w przypadku anomalii naczyniowych jest metodą najmniej inwazyjną z dostępnych metod leczenia zabiegowego.

ZASTOSOWANIE ZABIEGÓW MEDYCZYNY ESTETYCZNEJ W POPULACJI DZIECIĘCEJ

Lilianna Leśniak-Jakubiec, Hubert Arasiewicz, Michał Dec, Barbara Szpyrka

Oddział Dermatologii i Leczenia Anomalii Naczyniowych dla Dzieci, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, Sosnowiec

Wstęp i cel pracy: Medycyna estetyczna jest prężnie rozwijającą się dziedziną nauki, cieszącą się z roku na rok coraz większym zainteresowaniem zarówno wśród pacjentów jak i personelu medycznego. Zabiegi z zakresu medycyny estetycznej kojarzone są najczęściej z procedurami komercyjnymi mającymi na celu poprawę wyglądu osoby dorosłej. Jednak analizując definicję zaproponowaną przez Naczelną Izbę Lekarską, „Medycynę estetyczną stanowią świadczenia zdrowotne, wiążące się z ingerencją w tkanki ludzkie, udzielane przez lekarzy i lekarzy dentystów, służące przywracaniu lub poprawie fizycznego i psychicznego samopoczucia oraz społecznego funkcjonowania pacjenta, poprzez zmianę jego wyglądu”, nasze podejście do tych zabiegów może ulec zmianie. Umiejętne stosowanie i łączenie zabiegów może poprawić jakość życia wielu małym pacjentom, przekładając się na ich rozwój i w przyszłości funkcjonowanie w społeczeństwie.

Materiał i metody: Literatura w języku polskim i angielskim została wyselekcjonowana z pomocą wyszukiwarki PubMed i Medline do czerwca 2022. Leczeniu poddano pacjentów pozostających w obserwacji Oddziału i Poradni Dermatologii i Leczenia Anomalii Naczyniowych dla Dzieci w Centrum Pediatrii Jana Pawła II. Zaprezentowano protokoły terapeutyczne.

Wyniki: U dzieci najczęściej wykorzystywaną metodą medycyny estetycznej jest laseoterapia naczyniowa i frakcyjna CO2 oraz mezoterapia. Zabiegi te są dobrze akceptowane przez pacjentów oraz charakteryzują się wysoką skutecznością.

Wnioski: Bazując na danych literaturowych oraz własnych obserwacjach zabiegi medycyny estetycznej stanowią istotny aspekt w poprawie jakości życia pacjentów pediatrycznych co przekłada się na rozwój psychospołeczny dziecka.

ZASTOSOWANIE NIESELEKTYWNYCH BETA-ADRENOLITYKÓW W TERAPII NACZYJNIAKÓW NIEMOWLĘCYCH — AKTUALNE TRENDY POSTĘPOWANIA ORAZ DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Michał Dec, Hubert Arasiewicz, Lilianna Leśniak-Jakubiec, Barbara Szpyrka
Oddział Dermatologii i Leczenia Anomalii Naczyniowych dla Dzieci, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, Sosnowiec

Wstęp: Naczyniaki niemowlęce są najczęściej występującymi guzami naczyniowymi. Charakteryzują się gwałtownym wzrostem w okresie niemowlęcym, po którym następuje okres stopniowej regresji. Około 10–15% przypadków wymaga wdrożenia leczenia. Nieselektywne beta-blokery w tym doustny propranolol i miejscowy tymolol, stają się powszechnie obowiązującym trendem, wypierając tym samym stosowane w przeszłości formy terapii.

Cel pracy: Praca ma na celu przedstawienie aktualnego stanu wiedzy oraz doświadczeń własne na temat wskazań, przeciwwskazań oraz protokołów terapeutycznych zastosowania propranololu i tymololu w terapii naczyniaków niemowlęcych.

Materiał i metody: Literatura w języku polskim i angielskim została wyselekcjonowana z pomocą wyszukiwarki PubMed i Medline. W latach 2020–2022 terapii doustnym propranololem poddano 44 pacjentów z naczyniakami niemowlęcymi, którzy pozostają w obserwacji Oddziału i Poradni Dermatologii Centrum Jana Pawła II w Sosnowcu. W tej grupie pacjentów znajdowały się 33 dziewczynki oraz 11 chłopców, ich wiek podczas włączenia leczenia doustnym wahał się od 1,5 miesiąca do 13 miesięcy (średnio: 7,12 miesiąca). Zmiany najczęściej zlokalizowane były w regionie głowy i szyi (n = 22).

Wyniki: Zastosowanie leczenia ogólnego propranololem oraz zewnętrznego leczenia recepturowego z tymololem, spowodowało zahamowanie i/lub regresję zmian naczyniowych. U wszystkich 44 pacjentów leczonych doustnym propranololem zaobserwowano redukcję zmian. Średni czas trwania leczenia ogólnego propranololem wyniósł 7,68 miesiąca. Z powodu złej tolerancji propranololu leczenie przerwano u 3 pacjentów. Działania niepożądane, które wystąpiły, nie zagrażały życiu pacjentów. U dwójki pacjentów obserwowano efekt wzrostu z odbicia po zakończeniu terapii.

Wnioski: Zaproponowana forma terapii naczyniaków niemowlęcych jest dobrze tolerowana i niesie ze sobą niskie ryzyko powikłań. Bazując na danych literaturowych oraz własnych obserwacjach, wnioskujemy, że leczenie naczyniaków niemowlęcych tymololem oraz propranololem stanowi trend terapeutyczny wymagający odpowiedniego uwzględnienia w standardach odpowiednich dla naszego kraju.

WYNIKI LECZENIA INHIBITORAMI IL-17 PACJENTÓW DOTKNIĘTYCH ŁUSZCZYCĄ PŁACKOWATĄ

Kamil Grabowski, Joanna Narbutt, Aleksandra Lesiak, Małgorzata Skibińska, Marcin Noweta

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, WSS im. Biegańskiego w Łodzi

Wstęp: Inhibitory interleukiny 17 — iksekizumab i sekukinumab — są nowymi lekami stosowanymi w leczeniu łuszczyicy plackowatej.

Cel pracy: Celem badania jest przedstawienie rzeczywistych wyników leczenia tymi lekami pacjentów w Klinice Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej.

Materiał i metody: Przeanalizowano dokumentację medyczną 80 pacjentów leczonych inhibitorami IL-17 z powodu łuszczyicy plackowatej w ramach programu lekowego NFZ. Wykonano analizę skuteczności (ocena wskaźników PASI, BSA i DLQI) i bezpieczeństwa.

Wyniki: Zidentyfikowano 33 pacjentów leczonych iksekizumabem (21 mężczyzn i 12 kobiet) i 47 leczonych sekukinumabem (29 mężczyzn i 18 kobiet) w wieku od 18 do 82 lat. Obserwowano szybkie i trwałe

obniżeniu wskaźników (PASI, BSA, DLQI) przy rzadko zgłaszanych działaniach niepożądanych.

Wnioski: Inhibitory interleukiny 17 w rzeczywistej praktyce są skuteczne i bezpieczne w leczeniu łuszczycy plackowatej u dorosłych.

WPLYW LECZENIA BIOLOGICZNEGO NA POZIOM BIOMARKERÓW STANU ZAPALNEGO W ŁUSZCZYCY

Zuzanna Piętowska¹, Adam Zalewski¹, Magdalena Łytko², Alina Jankowska-Konsur¹

¹Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii we Wrocławiu

²Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wstęp: Łuszczycą jest chorobą skóry związaną z ogólnoustrojowym stanem zapalnym. Nowe spojrzenie na tę dermatozę pozwala zrozumieć istotny wpływ przewlekłego zapalenia na ryzyko wystąpienia innych stanów chorobowych m.in. incydentów sercowo-naczyniowych. Białko C-reaktywne o wysokiej czułości (hsCRP) i wskaźnik NLR (stosunek liczby neutrofilii do limfocytów) są ważnymi biomarkerami stanu zapalnego pozwalającymi prognozować choroby sercowo-naczyniowe oraz śmiertelność z nimi związaną.

Cel pracy: Celem pracy była ocena wartości omawianych biomarkerów u chorych na łuszczycę plackowatą leczonych różnymi lekami biologicznymi: inhibitorami TNF-alfa, inhibitorem IL-12/IL-23 oraz inhibitorami IL-17.

Materiał i metody: Do badania włączono pacjentów chorujących na łuszczycę plackowatą stosujących leczenie biologiczne w tygodniach 0, 4, 16 i 28 lekami: adalimumab (7 osób; 16,7%), ustekinumab (13 osób; 31%), iksekizumab (8 osób; 19%), sekukinumab (14 osób; 33,3%). U każdego pacjenta zbadano stężenie białka C-reaktywnego (CRP) oraz stosunek liczby neutrofilii do limfocytów (NLR). Nasilenie łuszczycy oceniono w skali PASI.

Wyniki: Do badania włączono 42 pacjentów, 30 (71,4%) mężczyzn i 12 (28,6%) kobiet. Średni wiek pacjentów wyniósł 52,48 ± 14,96 roku. W momencie włączenia nie obserwowano między grupami różnic w wartościach parametrów zapalnych (CRP, NLR). Porównując punkty kontrolne obserwowano istotny spadek stężenia CRP ($p < 0,00005$), NLR ($p = 0,00017$) oraz PASI ($p < 0,00005$). W tygodniu 28 obserwowano istotne różnice w wartości CRP ($p = 0,02$) oraz PASI ($p = 0,0008$). Najniższą medianę stężenia CRP obserwowano w grupie leczonej iksekizumabem (0,7 mg/l) a najwyższą w grupie leczonej sekukinumabem (4,2 mg/l). Nie obserwowano istotnych różnic między grupami w wartości NLR. Pacjenci leczeni sekukinumabem lub iksekizumabem notowali istotnie niższy wskaźnik PASI w stosunku do pacjentów leczonych ustekinumabem. Ponadto, korelacja pomiędzy wartościami parametrów stanu zapalnego a wskaźnikiem PASI nie była istotna statystycznie.

Wnioski: Leczenie biologiczne ma korzystny wpływ nie tylko na stan skóry pacjentów i redukcję wskaźnika PASI, ale także wpływa na obniżenie parametrów uogólnionego stanu zapalnego. Może się to wiązać również z wpływem na ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych, jednakże dalsze badania w tym kierunku są niezbędne do postawienia tak daleko idących wniosków.

GRZYBICE SKÓRY W POPULACJI PEDIATRYCZNEJ — TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE I TERAPEUTYCZNE

Barbara Bulińska¹, Dorota Purzycka-Bohdan², Katarzyna Rychlik³, Roman J. Nowicki²

¹Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

³Pracownia Mikologiczna Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

Wstęp i cel pracy: Grzybice skóry gładkiej oraz owłosionej skóry głowy są często spotykanymi jednostkami chorobowymi w populacji pediatrycznej. Podobieństwo obrazu klinicznego do innych dermatoz sprawia, że zakażenia grzybicze u dzieci niejednokrotnie przysparzają trudności diagnostycznych i terapeutycznych.

Cel pracy: Na przykładzie czterech przypadków klinicznych prezentujemy wielospecjalistyczny proces diagnostyczny i terapeutyczny infekcji grzybiczych skóry u dzieci ze względu na nietypowe oblicza choroby.

Materiał i metody: Wśród czterech prezentowanych pacjentów pierwotnie rozpoznano: 1. łupież różowy Giberta; 2. naciekową zmianę nowotworową skalpu; oraz 3. i 4. dwa przypadki łysienia. Ze względu na niespecyficzny obraz kliniczny lub brak poprawy w toku leczenia pacjenci zostali poddani konsultacji dermatologicznej.

Wyniki: W wyniku przeprowadzonych badań mikologicznych oraz użyciem lampy Wooda potwierdzono obecność grzybów chorobotwórczych w obrębie zmian skórnych w przebiegu: 1. rzadko opisywanej w literaturze reakcji typu „id” w odpowiedzi na zakażenie *Trichophyton tonsurans*; 2. *kerion celsi* w infekcji *Microsporum canis*; oraz 3. i 4. utraty włosów w przebiegu grzybicy drobnozarodnikowej. W jednym z przypadków zbyt wcześnie zakończona terapia oraz brak wykonania kontrolnego badania potwierdzającego wyliczenie doprowadziły do nawrotu pełnoobjawowej infekcji grzybiczej.

Wnioski: Infekcje grzybicze skóry gładkiej i owłosionej skóry głowy u dzieci często różnią się w stosunku do zakażeń grzybiczych u osób dorosłych, zarówno pod względem obrazu klinicznego jak i czynników ryzyka, co może prowadzić do mylnego rozpoznania i nieadekwatnej terapii. W oparciu o doniesienia literaturowe, jak i doświadczenia własne przedstawiamy ścieżki diagnostyczne oraz argumenty, popierające konieczność zindywidualizowania farmakoterapii w tej grupie chorych.

SESJA PREZENTACJE PRZYPADKÓW

WSPÓLISTNIENIE PORFIRII SKÓRNEJ PÓŹNEJ Z ZABURZENIAMI METABOLIZMU ŻELAZA — OPIS PRZYPADKU

Małgorzata Dominiak, Małgorzata Skibińska, Aleksandra Lesiak, Joanna Narbutt

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej w Łodzi

Wstęp: Porfirie to określenie grupy chorób, przyczyną których są defekty enzymatyczne szlaku syntezy hemu. Różnorodność objawów klinicznych wynika z gromadzenia metabolitów syntezy porfiryn oddziałujących na różne komórki. Najczęściej w populacji występuje porfirią skórna późna.

Cel pracy: Celem jest przedstawienie przypadku współistnienia porfirii skórnej późnej z heterozygotycznością w zakresie genu *HFE* odpowiadającego za metabolizm żelaza oraz sferocytozą wrodzoną.

Opis przypadku: Pacjent 45-letni został przyjęty do oddziału z powodu nadżerek i bliznowacenia grzbietów rąk. W wywiadzie podawał przewlekłą chorobę wątroby oraz heterozygotyczność genu odpowiadającego

za klasyczną postać hemochromatozy, a także przebycie splenektomii z powodu nadmiernego powiększenia śledziony w przebiegu sferocytotzy wrodzonej.

Wnioski: Rozpoznanie porfirii skórnej późnej wymaga stwierdzenia podwyższonego stężenia uroporfiryn w moczu i izokoproporfiryny w kale. W diagnostyce wskazuje się na konieczność wykonywania badań przesiewowych w kierunku czynników zaostrzających — zakażenia HIV, wirusowych zapaleń wątroby oraz chorób powodujących nadmierne obciążenie żelazem jak hemochromatoza.

LISZAJ PŁASKI TYPU PEMFIGOIDU U 72-LETNIEJ KOBIETY

Agata Liszewska, Ewa Robak

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Liszaj płaski typu pemfigoidu (LPP, *lichen planus pemphigoides*) opisany po raz pierwszy przez Kaposiego w 1882 roku jest rzadką

chorobą autoimmunologiczną, powszechnie uważaną za jedną z postaci liszaja płaskiego (LP, *lichen planus*). Obraz kliniczny choroby należy różnicować z pęcherzową odmianą liszaja płaskiego (BLP, *bullous lichen planus*) oraz z pemfigoidem pęcherzowym (BP, *bullous pemphigoid*). W przeciwieństwie do LPP w BLP pęcherze zazwyczaj występują w obrębie typowych dla LP zmian o charakterze sinofioletowych grudek i tarczerek. Opisano kilka przypadków LPP z pęcherzami występującymi w obrębie zmian LP-like, co poddaje w wątpliwość przydatność lokalizacji pęcherzy do klinicznego różnicowania między LPP a BLP. W BP pęcherze mają tendencję do tworzenia się na podłożu wykwitów pokrzywkowatych i mogą ewoluować w nadżerki i strupy. Złotym standardem w diagnostyce LPP jest stwierdzenie złogów autoprzeciwciał i C3c wzdłuż granicy skórno-naskórkowej w biopsji skóry pozornie niezmięnionej, pobranej z bezpośredniego sąsiedztwa pęcherza w badaniu immunofluorescencji bezpośredniej (DIF, *direct immunofluorescence*). Zarówno w LPP, jak i BP autoantygenu jest białko o masie 180 kDa ulegające ekspresji w hemidesmosomach połączenia skórno-naskórkowego.

Opis przypadku: 72-letnia pacjentka została przyjęta do kliniki dermatologii z powodu rozszianych zmian o charakterze sinofioletowych tarczerek i grudek na tułowiu i kończynach; ognisk rumieniowo-złuszczających na rękach i stopach; nadżerek po pękniętych pęcherzach na pośladkach i prawym udzie oraz dyskretnych zmleczek błony śluzowej wewnętrznej powierzchni policzków. Ambulatoryjnie stosowała leki przeciwhistaminowe oraz maści sterydowe — bez poprawy. W DIF wykazano liniżne złogi C3c wzdłuż błony podstawnej naskórka. W surowicy pacjentki stwierdzono obecność przeciwciał anti-BP180 w mianie 1/40. Obraz histopatologiczny biopsji zmiany skórnej odpowiadał rozpoznaniu LP. Rozpoznano Liszaj płaski typu pemfigoidu. W leczeniu zastosowano prednizon 30 mg/d. w stopniowo redukowanych dawkach oraz MTX 10 mg 1x/tyg., uzyskując poprawę kliniczną.

Wnioski: Przypadek ilustruje konieczność zachowania czujności diagnostycznej w przypadku podejrzenia LPP. Kliniczne, histologiczne i immunologiczne podobieństwa LPP, BLP i BP oraz teoretyczne ryzyko współwystępowania tych jednostek chorobowych u jednego pacjenta mogą utrudniać ustalenie prawidłowej diagnozy.

FORMA PRZEROSTOWA TRĄDZIKU RÓŻOWATEGO O NIETYPOWYM UMIEJSCOWIENIU

Kamila Tokarska, Agnieszka Żebrowska

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi

Wstęp: Trądzik różowaty jest przewlekłą, zapalną chorobą skóry o złożonej i niejasnej etiologii. W przebiegu choroby obserwuje się zmiany skórne zlokalizowane na twarzy, w szczególności w jej środkowej części. Wyszczególnia się cztery podtypy trądziku różowatego: postać rumieniową z teleangiektazjami, postać grudkowo-krostkową, postać przerostową oraz postać oczną. Postać przerostową charakteryzuje pogrubienie i przerost skóry, którym towarzyszą poszerzone ujście mieszków włosowych oraz teleangiektazje. Najczęstszą lokalizacją tego podtypu choroby stanowi nos, aczkolwiek znane są inne, rzadsze umiejscowienia.

Cel pracy: Przedstawienie przerostowej formy trądziku różowatego o nietypowym umiejscowieniu

Opis przypadku: Pacjent, lat 34, zgłosił się do poradni dermatologicznej z powodu zmian rumieniowo-przerostowych z obecnością grudek, zlokalizowanych w obrębie środkowej części czoła. Pierwsze zmiany pojawiły się 6 miesięcy przed pierwszą wizytą, bez uchwytnej przyczyny. Początkowo zmiany rozpoznawane były jako łojotokowe zapalenie skóry. Pacjent odmówił pobrania wycinka skóry do badania histopatologicznego. Zastosowano leczenie miejscowe (mGKS, preparaty przeciwgrzybicze) uzyskując pogorszenie stanu miejscowego. Następnie włączono takrolimus oraz metronidazol, miejscowo uzyskując stabilizację choroby, niewielką redukcję rumienia. Następnie zastosowano doxycylinę przez okres 12 tygodni również bez poprawy. Z uwagi na brak efektu terapeutycznego oraz brak możliwości pogłębienia diagnostyki wykwitów zdiagnozowano na podstawie obrazu klinicznego jako przerostową postać trądziku różowatego. Włączono izotretynoinę w dawce 20 mg/d., uzyskując poprawę kliniczną. Przerostowa postać trądziku różowatego zlokalizowana na czole (*methophyma*), jest jedną z rzadziej opisywanych lokalizacji tej choroby. Najczęściej obserwowaną formą *phymatous rosacea* jest *rhynophyma*, w przebiegu której zmiany dotyczą nosa. Inne rzadsze formy obejmują ucho, podbródek, szczękę

oraz powieki. Uważa się, że postaci przerostowe trądziku różowatego są jego zaawansowaną formą, rzadko występują w formie izolowanej i zazwyczaj dotyczą pacjentów w wieku średnim i starszym. W terapii zastosowanie znajduje izotretynoina oraz zabiegi z użyciem lasera CO₂. **Wnioski:** „*Methophyma*” jest rzadką formą postaci przerostowej trądziku różowatego. Przedstawiony przypadek młodego pacjenta bez wcześniejszego wywiadu w kierunku *rosacea* ma dużą wartość praktyczną.

CZY INFЕКCJE BAKTERYJNE MOGĄ WYWOŁAĆ PEMFIGOID PĘCHERZOWY — OPIS PRZYPADKU I PRZEGLĄD LITERATURY

Nina Łabędź¹, Małgorzata Kraska-Gacka², Aleksandra Lesiak¹, Małgorzata Skibińska¹, Joanna Narbutt¹

¹Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej w Łodzi

²Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Pemfigoid pęcherzowy (BP) jest najczęstszą autoimmunologiczną podnaskórkową chorobą pęcherzową skóry, obserwowaną głównie u osób starszych. Rozpoznanie BP opiera się na obecności typowych zmian skórnych oraz wyniku bezpośredniego badania immunopatologicznego, w którym stwierdza się liniżne złogi IgG i/lub C3 na granicy skórno-naskórkowej.

Opis przypadku: 57-letni mężczyzna został przyjęty do kliniki dermatologii z powodu licznych zmian o charakterze owrzodzeń pokrytych strupem z ropną treścią na obwodzie. Zmiany pojawiły się około tygodnia przed hospitalizacją i zlokalizowane były na twarzy i kończynach górnych. W badaniach laboratoryjnych przy przyjęciu stwierdzono wysokie wartości wskaźników stanu zapalnego (CRP — 282 mg/l, prokalcytonina — 5,54 ng/ml). Z wymazu ze zmiany skórnej wyizolowano *Staphylococcus aureus*. Włączono szerokospektralną antybiotykoterapię, obejmującą kloksacylinę, klarytromycynę i ceftriakson. W trakcie hospitalizacji obserwowano pojawianie się świeżych pęcherzy o dobrze napiętej pokrywie. W związku z tym poszerzono diagnostykę o badanie histopatologiczne i immunopatologiczne, na podstawie których rozpoznano pemfigoid pęcherzowy. W dalszym leczeniu zastosowano krem z 0,05% propionianem klobetazolu oraz tetracyklinę z witaminą PP, uzyskując szybką poprawę kliniczną.

Wnioski: Do czynników wywołujących pemfigoid pęcherzowy zalicza się m.in. leki, urazy, oparzenia, promieniowanie ultrafioletowe, radioterapię i szczepienia. Przegląd literatury sugeruje, że infekcje bakteryjne mogą również wywoływać chorobę i wpływać na jej przebieg kliniczny. U naszego pacjenta prawdopodobnym czynnikiem wywołującym była infekcja bakteryjna.

DERMATOFITOZY W SPORTACH KONTAKTOWYCH: ZAKAŻENIE MICROSPOBUM FERRUGINEUM U DWÓCH BRACI ZAPASNIKÓW

Marianna Majchrzycka¹, Honorata Kubisiak-Rzepczyk², Zygmunt Adamski²

¹Szpital Kliniczny im. Heliodora Świącickiego w Poznaniu

²Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp: Sporty kontaktowe, a szczególnie zapasy ze względu na wysokie prawdopodobieństwo urazów, należą do znanych czynników ryzyka rozprzestrzenienia infekcji bakteryjnych, wirusowych i grzybiczych. Dermatofitozy charakteryzują się wysoką zakaźnością i często bywają przyczyną lokalnych epidemii. *Microsporum ferrugineum*, antropofilny dermatofit występujący dotychczas endemicznie w Azji, Afryce i na Bliskim Wschodzie, w ciągu ostatnich lat coraz częściej izolowany jest u pacjentów w Europie. Niespecyficzne objawy i charakterystyka fenotypowa oraz konieczność prowadzenia długiej hodowli grzyba powodują, że jego faktyczna rozpoznawalność jest niska, co przekłada się na przedłużone i nieskuteczne leczenie systemowe, którego należy unikać, szczególnie w populacji pediatrycznej.

Opis przypadku: Dwaj bracia w wieku 9 i 10 lat, u których infekcja *M. ferrugineum* została potwierdzona w Szpitalu Klinicznym im. Heliodora Świącickiego w Poznaniu, trenowali zapasy i uczestniczyli w wielu międzynarodowych turniejach. Przez kilka lat przed postawieniem diagnozy młodszy z braci był bezskutecznie leczony doustnie i miejscowo z powodu utrzymującego się od lat rumienia i łuszczenia skóry stóp. Ze względu na fenotyp zmian podejrzewano podłoże atopowe. U starszego

brata natomiast stwierdzono przerzedzenie włosów oraz rumieniowo-żółszuczające plamy na twarzy, jednak diagnostyka mykologiczna była utrudniona ze względu na miejscowe stosowanie glikokortykosteroidów.

Wyniki: Pełne wyleczenie dzieci udało się uzyskać dzięki przedłużonej terapii itrakonazolem.

Wnioski: Zwrócenie uwagi na problemy diagnostyczne wynikające ze zwiększenia skali migracji oraz międzynarodowych podróży, a w związku z tym poszerzającej się puli występujących lokalnie patogenów jest ważne dla wdrożenia odpowiedniego leczenia, zapobiegania powikłaniom i prewencji powstawania ognisk epidemicznych, zwłaszcza w środowisku sportowym.

GRZYBICA GŁĘBOKA O NIETYPOWEJ LOKALIZACJI — OPIS PRZYPADKU

Paweł Kowalski, Joanna Narbutt, Aleksandra Lesiak, Małgorzata Skibińska

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Grzybica głęboka umiejscawia się głównie w obrębie skóry owłosionej głowy i brody. Lokalizacja w obrębie goleni należy do zdecydowanie rzadszych, wówczas dotyka najczęściej kobiet z zaburzeniami krążenia żylnego. Różnicowanie powinno uwzględniać zakażenie bakteryjne, tuberkulid czy też piodermię zgorzeliową.

Cel pracy: Przedstawienie przypadku grzybicy głębokiej, której obraz kliniczny został początkowo rozpoznany jako piodermia zgorzeliowa.

Opis przypadku: 50-letnia pacjentka została przyjęta do oddziału dermatologii z rozpoznaniem piodermii zgorzeliowej podudzia prawego. Zmiana po raz pierwszy pojawiła się w październiku 2021 roku w postaci rumienia, który ewaluował w grudkę, a w końcu listopada doszło do powstania owrzodzenia. W marcu 2022 roku włączono leczenie miejscowe oraz cyklosporynę (300 mg/d.) — bez poprawy klinicznej. Przy przyjęciu w maju 2022 roku na przedniej powierzchni podudzia prawego obecne było ognisko rumieniowo-naciekowe o średnicy około 9 cm ze złuszczeniem na obwodzie i licznymi owrzodzeniami, z wydobywającą się żółtą, mętną treścią. W trakcie hospitalizacji pobrano wycinek do badania histopatologicznego, materiał do badania w kierunku prątków atypowych oraz odstawiono cyklosporynę i włączono leczenie dapsonem (50 mg/d.). W lipcu 2022 roku odstawiono dapson i włączono leczenie itrakonazolem (200 mg) ze względu na pozytywny wynik barwienia PAS+ oraz Grocott+ w pobranym materiale do badania histopatologicznego, które ujawniło liczne, drobne struktury zarodników grzybów.

Wyniki: Po około 1,5 miesiąca uzyskano poprawę stanu klinicznego — rumień uległ redukcji, naciek zmniejszył się, obecne przebarwienia pozapalne. Pacjentka kontynuuje leczenie itrakonazolem do pełnych 3 miesięcy terapii.

Wnioski: Istotą postawienia właściwego rozpoznania i wdrożenia odpowiedniego leczenia w przypadku rzadkiego schorzenia jakim jest *pyoderma gangrenosum*, powinno być wykluczenie wszystkich innych jednostek chorobowych mogących odpowiadać jej obrazowi klinicznemu. Prezentujemy przypadek ze względu na rzadkość występowania grzybicy w tej lokalizacji oraz celem podkreślenia roli szerokiej diagnostyki w postawieniu właściwego rozpoznania i wdrożenia skutecznego leczenia.

NOWE PERSPEKTYWY LECZENIA HIDRADENITIS SUPPURATIVA — OPIS PRZYPADKU

Maria Rajczak¹, Aleksandra Lesiak², Małgorzata Skibińska²

¹SKN Dermatologii Eksperymentalnej, Klinicznej i Zabiegowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

²Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp: *Hidradenitis suppurativa* (HS) jest zapalną chorobą skóry, obejmującą mieszki włosowe, która powoduje powstawanie bolesnych zmian zapalnych w miejscach występowania dużej liczby gruczołów apokrynowych. Rozpoznanie HS opiera się na obrazie klinicznym. Konieczne jest wystąpienie u pacjenta charakterystycznych zmian skórnych o przewlekłym charakterze i typowej lokalizacji. Dermatoza ta występuje

częściej u osób z nadwagą i otyłością oraz u palaczy papierosów. Lekami ogólnymi pierwszego rzutu w ciężkiej postaci HS są antybiotyki, np. klindamycyna i ryfampicyna. W bardziej zaawansowanych przypadkach najlepsze efekty daje leczenie chirurgiczne. Obecnie jedynym zarejestrowanym lekiem biologicznym w leczeniu HS jest adalimumab. W doniesieniach z literatury dostępne są dane o skutecznym leczeniu HS sekukinumabem.

Opis przypadku: 36-letni mężczyzna z otyłością został przyjęty na oddział dermatologii ze względu na brak istotnej poprawy objawów HS po leczeniu miejscowym (m.in. klindamycyną) i doustnymi antybiotykami: amoksylicyną oraz tetracykliną w warunkach ambulatoryjnych. W badaniu przedmiotowym zaobserwowano występowanie bolesnych guzków podskórnych, ropni, drenujących przetok i mostkowatych blizn o przewlekłym charakterze, obejmujących oba doły pachowe, pachwiny i anogenitalną. W związku z ciężkim nasileniem zmian skórnych [13 punktów w *Severity Assessment of Hidradenitis Suppurativa Score* (SAHS)] zmodyfikowano antybiotykoterapię i zastosowano doustną ryfampicynę oraz klindamycynę przez okres 10 tygodni. Z powodu niezadowolającej poprawy klinicznej oraz przez wzgląd na dostępność leku na oddziale podjęto decyzję o zakwalifikowaniu chorego do leczenia sekukinumabem w dawce 300 mg podawanego podskórnie.

Wyniki: W trakcie 10 tygodni leczenia nasilenie zmian chorobowych uległo redukcji do postaci umiarkowanej (6 punktów w skali SAHS). W związku z bardzo dobrą odpowiedzią kliniczną na sekukinumab podjęto decyzję o kontynuacji terapii tym lekiem. Zalecono również regularną kontrolę badań laboratoryjnych oraz zmniejszenie masy ciała.

Wnioski: Sekukinumab może być rozważany jako opcja terapeutyczna u chorych z *hidradenitis suppurativa*, u których nie zaobserwowano poprawy po doustnym leczeniu antybiotykami.

WSPÓLISTNIENIE ATOPOWEGO ZAPALENIA SKÓRY I CHOROBY PRZESZCZEP PRZECIWKO GOSPODARZOWI — OPIS PRZYPADKU

Paula Mazan, Aleksandra Lesiak, Małgorzata Skibińska, Joanna Narbutt

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (GVHD, *graft versus host disease*) jest najczęstszym powikłaniem alogenicznych przeszczepów komórek macierzystych, rzadziej obserwowana jest po przeszczepach narządów litych. W przebiegu przewlekłej GVHD najczęściej zajęтым narządem jest skóra.

Cel pracy: Przedstawienie problemu diagnostyczno-terapeutycznego wynikającego ze współistnienia atopowego zapalenia skóry i niespecyficznych zmian skórnych w przebiegu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi.

Opis przypadku: Chłopiec 10-letni był hospitalizowany w klinice dermatologii z powodu trwającego 6 miesięcy zaostrenia zmian skórnych w przebiegu atopowego zapalenia skóry, na które choruje od 1. r.ż. W wywiadzie m.in. stan po ortotopowym przeszczepieniu serca w 2012 roku oraz leczeniu wyprzedzającym potransplantacyjną chorobę limfoproliferacyjną rituksimabem. W leczeniu przewlekłym pacjent otrzymał takrolimus w dawce 8 mg/d. oraz prawastatinę. W badaniu przedmiotowym obserwowano rozsiane zmiany rumieniowo-żółszuczające oraz rumieniowo-naciekowe pokryte strupami, nadżerki, lichenifikację, przeczosy, znaczną suchość skóry i czerwieni wargowej. Zaznaczona była hiperlinearność dłoni. Węzły chłonne dostępne badaniu palpacyjnemu powiększone do około 1,5 cm. W badaniach laboratoryjnych obserwowano leukocytozę, podwyższony poziom LDH, podwyższony poziom anty-VCA IgG (antygen kapsydowy — w wywiadzie infekcja i reinfekcja EBV). W badaniu USG stwierdzono hepato- i splenomegalię oraz powiększone i hipoechogeniczne węzły chłonne okolic podżuchwowych i kątów zuchwy. Badanie histopatologiczne biopsji zmiany rumieniowo-naciekowej wraz z kontekstem klinicznym wskazuje na łuszczycopodobny typ GVHD. Pacjenta skierowano do oddziału hematologii dla dzieci celem dalszej diagnostyki i leczenia.

Wnioski: W przypadku różnorodnego obrazu klinicznego zmian skórnych u biorców przeszczepów niezależnie od współistnienia zdiagnozowanych wcześniej innych dermatoz powinno się rozważyć diagnostykę w kierunku choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi. Z uwagi na powikłania wielonarządowe postępowanie z pacjentem z GVHD powinno być multidyscyplinarne.

MONOSYMPATOMATYCZNA POSTAĆ ZESPOŁU MELKERSSONA-ROSENTHALA

Małgorzata Sadowska, Magdalena Pałdyna, Ewelina Biało-Wójcicka

Oddział Dermatologii Dorosłych, Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie

Wstęp: Zespół Melkerssona-Rosenthala to choroba ze spektrum ziarniakowego zapalenia ustno-twarzowego. W klasycznej postaci obejmuje triadę objawów: obrzęk warg lub innych części twarzy, porażenie nerwu twarzewego oraz język pobrudzowany. Postać pełnoobjawowa zdarza się stosunkowo rzadko — częściej występują postacię skąpoobjawowe lub postacię monosymptomatyczną, którą stanowi obrzęk twarzy z potwierdzonym w badaniu histopatologicznym naciekiem zapalnym z nieserowaczącymi ziarniakami.

Opis przypadku: 67-letnia pacjentka została przyjęta na Oddział Dermatologii Dorosłych celem diagnostyki i leczenia nawracających od 3 lat zmian obrzękowych w obrębie warg, błony śluzowej jamy ustnej oraz policzka prawego. Początkowo podejrzewano alergiczne podłoże zgłaszanych dolegliwości, jednak nie znaleziono czynnika wywołującego nawroty choroby. Pomimo stosowania ogólnie prednizolonu, leków przeciwhistaminowych i montelukastu zmiany obrzękowe utrwały się. Przy przyjęciu w obrębie twarzy widoczny był asymetryczny obrzęk obejmujący wargi, policzek prawy i śluzówki jamy ustnej, a także nieznaczne powiększenie języka, bez zmian na jego grzbietowej powierzchni. W wykonanych badaniach laboratoryjnych i obrazowych nie stwierdzono nieprawidłowości. W obrazie histopatologicznym wycinka z wargi dolnej uwidoczniło nacieki zapalne z obecnością nieserowaczących ziarniaków.

Wyniki: Po konsultacji neurologicznej wykluczono objawy porażenia nerwu twarzewego i innych nerwów czaszkowych. Na podstawie przeprowadzonej diagnostyki rozpoznano ziarniakowe zapalenie warg — postacię monosymptomatyczną zespołu Melkerssona-Rosenthala. Chorą konsultowano stomatologicznie i laryngologicznie — nie stwierdzono ognisk infekcji. Rozpoczęto leczenie dapsonem w dawce 50 mg/d. w połączeniu z iniekcjami triamcynolonu, obserwując stopniową poprawę.

Wnioski: Postacie skąpoobjawowe zespołu Melkerssona-Rosenthala mogą stwarzać trudności diagnostyczne. Dotyczy to zwłaszcza postaci monosymptomatycznej manifestującej się jako ziarniakowe zapalenie warg. Początkowo choroba ma charakter nawracający, co może sugerować obrzęk naczyń ruchomy lub kontaktowe zapalenie skóry. Nieskuteczność terapii lekami przeciwalergicznymi oraz utrwalenie się obrzęku powinno skłonić do wykonania badania histopatologicznego w celu potwierdzenia zapalenia ziarniakowego, a także do poszukiwania innych składowych zespołu.

GRZYBICA OWŁOSIONEJ SKÓRY GŁOWY U PACJENTA PEDIATRYCZNEGO

Katarzyna Paczyńska, Aleksandra Lesiak, Joanna Narbutt, Małgorzata Skibińska

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej w Łodzi

Wstęp: Grzybica owłosionej skóry głowy jest chorobą zakaźną wywołaną przez dermatofity, których cechą charakterystyczną jest zdolność wnikiwania do skóry i włosów. Ze względu na miejsce bytowania wyróżnia się grzyby geofilne, zoofilne oraz antropofilne. Czynniki etiologicznymi odpowiedzialnymi za rozwój grzybicy strzygącej głębokiej, określanej również często mianem „kerion celsi”, najczęściej są zoofilne *Microsporum canis* oraz *Trichophyton mentagrophytes* var. *granulosum*. W diagnostyce różnicowej należy pod uwagę zakażenia bakteryjne, łuszczyce, a w przypadku braku zmian złuszczonej również łysienie plackowate czy trichotillomanie. Właściwe rozpoznanie kliniczne, identyfikacja patogenu oraz wybór skutecznej opcji terapeutycznej odgrywają kluczową rolę w leczeniu infekcji grzybiczych.

Cel pracy: Cel pracy stanowi przedstawienie przypadków pacjentów pediatrycznych hospitalizowanych z powodu grzybicy skóry owłosionej głowy.

Materiał i metody: Analiza dokumentacji medycznej 2 pacjentów pediatrycznych w wieku 7 lat hospitalizowanych w okresie pierwszych dwóch kwartałów 2022 roku na Oddziale Dermatologii Dziecięcej z powodu zmian skórnych w przebiegu grzybicy skóry owłosionej głowy.

Wyniki: W pracy przedstawiono przypadki kliniczne dwóch pacjentów w wieku 7 lat hospitalizowanych z powodu zmian skórnych o charakterze ognisk rumieniowo-naciekowych z towarzyszącą bolesnością owłosionej skóry głowy w przebiegu grzybicy głębokiej. Zmiany skórne pojawiły się około miesiąc przed hospitalizacją. Ponadto u obojga pacjentów stwierdzono limfadenopatie szyjne oraz drobnoplamisto-grudkową osutkę, która pojawiła się w ciągu kilku dni po wdrożonym leczeniu przeciwgrzybiczym. W wywiadzie przed pojawieniem się zmian u obojga pacjentów kontakt ze zwierzętami. Wykonano badanie mikologiczne, uzyskując dodatni wynik bezpośredni. Włączono leczenie empiryczne, uzyskując poprawę kliniczną oraz laboratoryjną negatywnizację wymazów mikologicznych.

Wnioski: Grzybica strzygąca skóry owłosionej głowy stanowi problem diagnostyczno-terapeutyczny, ponieważ zmiany skórne przypominają inne dermatozy. Przed rozpoczęciem leczenia należy przypominać rozpoznanie za pomocą badań mikologicznych. W wywiadzie należy zwrócić uwagę na obecność zwierząt w domu oraz na występowanie podobnych zmian skórnych u innych domowników. Istotne w terapii jest jak najwcześniejsze rozpoczęcie terapii.

KIEDY SŁOŃCE SPRAWIA BÓL — NAWRACAJĄCE OBRZĘKI U 12-LETNIEJ PACJENTKI

Michał Niedźwiedź

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

Wstęp: Protoporfiria erythropoetyczna (EPP, *Erythropoietic protoporphyria*) jest dziedzicznym zaburzeniem metabolizmu porfiryny spowodowanym obniżoną aktywnością ferrochelatazy, końcowego enzymu szlaku biosyntezy hemu, który katalizuje wiązanie żelaza z protoporfiryną IX. Klinicznie EPP charakteryzuje się bólem i pieczeniem skóry z towarzyszącym rumieniem i obrzękami. Objawy te pojawiają się w bardzo krótkim czasie po ekspozycji na słońce. Częstość występowania choroby wynosi od 1/75 000 do 1/200 000. Rozpoznanie protoporfirii erythropoetycznej jest trudne, gdyż zwykle w diagnostyce różnicowej rozważa się wrodzony obrzęk naczyń ruchomy i reakcje alergiczne.

Opis przypadku: 12-letnia dziewczynka została przyjęta do kliniki dermatologii celem diagnostyki i leczenia bolesnych obrzęków i rumienia w obrębie głównie twarzy i kończyn górnych, pojawiających się okresowo od 8 lat, zwykle związanych z ekspozycją na słońce. W związku z obrazem klinicznym i wywiadem oraz po wykluczeniu innych jednostek chorobowych, wysunięto podejrzenie protoporfirii erythropoetycznej. Badania laboratoryjne wykonane w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie wykazały dodatnie widmo fluorescencji porfiryn w osoczu (emisja 634 nm), stężenie protoporfiryny w erytrocytach (6813,4 nmol/l, norma do 130 nmol/l), a także zwiększone wydalanie protoporfiryn z kałem (549,1 nmol/g s.m., norma 0–100). Planowane jest przeprowadzenie badań genetycznych u pacjentki i jej rodziny w kierunku mutacji w genie FECH, kodującym ferrochelatazę.

Wyniki: Na podstawie obrazu klinicznego oraz wyników badań laboratoryjnych potwierdzono rozpoznanie protoporfirii erythropoetycznej i zalecono stosowanie ścisłej fotoprotekcji oraz unikanie lamp fluorescencyjnych. Chora jest pod stałą opieką Kliniki i przechodzi regularne kontrole parametrów laboratoryjnych układu czerwonokrwinkowego oraz funkcji wątroby.

Wnioski: EPP jest niezwykle rzadkim zaburzeniem metabolicznym. Pierwsze manifestacje kliniczne tej choroby występują najczęściej w dzieciństwie. EPP powinna być brana pod uwagę u chorych, u których występuje uczucie pieczenia i bólu oraz rumień i obrzęk skóry, które są niewspółmierne nasilone do przebytej ekspozycji na promieniowanie ultrafioletowe.

OSTEOPOROZA WTÓRNA JAKO POWIKŁANIE LECZENIA PĘCZERZYCY PARANEOPLASTYCZNEJ — CASE-STUDY Z PUNKTU WIDZENIA PEDIATRY

Jakub Nowicki, Anna Maćkowska, Elżbieta Jakubowska-Pietkiewicz

Klinika Pediatrii, Patologii Noworodka i Chorób Metabolicznych Kości Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Pęcherzyca jest autoimmunologiczną chorobą o przewlekłym przebiegu, której cechą charakterystyczną jest występowanie pęcherzy

w obrębie naskórka i błon śluzowych. Krążące przeciwciała, głównie przeciw desmogleinie 3, uznawane są za czynnik etiologiczny choroby. Rozpoznanie stawia się na podstawie typowego obrazu klinicznego oraz badania wycinka skóry metodą immunofluorescencji pośredniej, które uwidacznia linijne złogi immunoglobulin G w obrębie naskórka. Podstawą terapii pęcherzycy jest podaż ogólnoustrojowych glikokortykosteroidów (GKS) lub innych leków immunosupresyjnych. Szczególnie w populacji pediatrycznej leczenie GKS wiąże się z wieloma działaniami ubocznymi, w tym supresją czynności kory nadnerczy, spowolnieniem wzrostu, a także obniżeniem gęstości kośćca.

Cel pracy: Celem niniejszego *case-study* jest przedstawienie pacjentki z pęcherzycą paraneoplastyczną wtórną do zespołu Castelmanna oraz miastenia, której leczenie powikłane zostało wystąpieniem osteoporozy wtórnej.

Opis przypadku: W 2019 roku do Kliniki Pediatrii, Patologii Noworodka i Chorób Metabolicznych Kości UM w Łodzi przyjęto 10-letnią dziewczynkę z powodu dolegliwości bólowych odcinka piersiowego kręgosłupa. W wykonanym zdjęciu RTG zobrazowano obniżenie trzonów kręgów Th3–Th7, natomiast w badaniu densytometrycznym w protokole Spine wskaźnik Z-score wynosił $-3,5$. Na tej podstawie rozpoznano u dziewczynki osteoporozę wtórną oraz zakwalifikowano do podażi *off-label* dożylnych bisfosfonianów — pamidronianu sodu. Lek ten podawany był w 3-dniowych cyklach powtarzanych co 4 miesiące. Dotychczas dziewczynka otrzymała 9 cykli leczenia. W kontrolnym badaniu densytometrycznym wykonanym w styczniu 2022 roku wykazano poprawę gęstości mineralnej kośćca — w protokole Spine pacjentka uzyskała wynik wskaźnika Z-score = $-1,0$. Dziewczynka obecnie nie zgłasza dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa.

Wyniki: Głównym mechanizmem działania bisfosfonianów jest hamowanie działalności kościogubnej osteoklastów, co powoduje zwiększenie gęstości mineralnej kośćca. Ponadto lek ten wykazuje działanie przeciwbólowe na struktury kostne. Jednym z najczęściej obserwowanych działań niepożądanych bisfosfonianów jest hipokalcemia, często bezobjawowa, która wymaga dodatkowej suplementacji wapnia.

Wnioski: Ogólnoustrojowe glikokortykosteroidy stosowane są w leczeniu wielu jednostek chorobowych, w tym dermatologicznych. Jednym z powikłań ich podażi jest obniżenie gęstości mineralnej kości, dlatego ważne jest monitorowanie szczególnie dzieci pod kątem wystąpienia tego powikłania.

KIŁA WRODZONA — TEMAT WCIAŻ AKTUALNY? CASE STUDY — Z PUNKTU WIDZENIA NEONATOLOGA

Anna Maćkowska, Jakub Nowicki, Elżbieta Jakubowska-Pietkiewicz

Klinika Pediatrii, Patologii Noworodka i Chorób Metabolicznych Kości Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Kiła jest chorobą zakaźną powodowaną przez *Treponema pallidum*, przenoszona najczęściej podczas kontaktów seksualnych. Zgodnie ze Standardem Opieki Okołoporodowej każda kobieta w I trymestrze ciąży powinna mieć wykonany test przesiewowy (VDRL) w kierunku kiły, ponadto w okresie przedporodowym należy rozważyć powtórzenie badania. Do zakażenia płodu może dojść na każdym etapie ciąży. Wyróżniamy kiłę wrodzoną wczesną (przed 2 r.ż.) oraz późną (po 2 r.ż.). Choć w momencie urodzenia najczęściej nie występują żadne objawy, w przebiegu kiły wczesnej pojawić może się hepatomegalia, osutka, nieżyt nosa, powiększenie węzłów chłonnych, zapalenie płuc, małopłytkowość czy zmiany kostno-chrzęstne. Do objawów kiły późnej zalicza się głuchotę, zębę Hutchinsona, siodełkowaty nos, wiał rdzenia. Złotym standardem leczenia kiły wrodzonej w okresie noworodkowym jest zastosowanie penicyliny krystalicznej.

Opis przypadku: Do Kliniki Pediatrii, Patologii Noworodka i Chorób Metabolicznych Kości UM w Łodzi przyjęto noworodka płci żeńskiej w 2. dobie życia z podejrzeniem kiły wrodzonej. Urodził się z CIII PII w 40. tygodniu ciąży drogami natury, z masą ciała 3650 g i punktacją w skali Apgar 9/10 pkt. W wywiadzie matczynym w 12. tygodniu ciąży, ze względu na dodatnie odczyny kiłowe, włączono leczenie penicyliną (podaż 3-krotna, matka nie zgłaszała się na wizyty kontrolne, niepełna dokumentacja). U noworodka rozpoznano wrodzone zapalenie płuc, łagodną niedokrwistość, obserwowano także żółtaczkę wymagającą zastosowania fototerapii. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono dodatni odczyn FTA ABS IgG, VDRL, FTA, FTA ABS, TPHA. W konsultacji okulistyki, USG jamy brzusznej, OUN nie stwierdzono odchyłań.

W badaniu przedmiotowym nie obserwowano cech kiły wrodzonej. Ze względu na niepewny wywiad dotyczący leczenia matki oraz rozpoznanie zapalenia płuc u dziecka zastosowano leczenie penicyliną krystaliczną przez 10 dni bez powikłań.

Wyniki: Po 12-dniowej hospitalizacji noworodka wypisano do domu pod opiekę poradni dermatologicznej. W opisanym przypadku kluczowe do podjęcia decyzji o leczeniu było niepełne leczenie/brak dokumentacji u matki. Należy zwrócić szczególną uwagę na prowadzenie diagnostyki przesiewowej wśród kobiet ciężarnych i prawidłowe prowadzenie leczenia.

RZADKA TOKSYCZNOŚĆ SKÓRNA W TRAKCIE LECZENIA NIWOLUMABEM Z IPILIMUMABEM Z POWODU CZERNIAKA SKÓRY

Magdalena Wojtczak¹, Magdalena Ciężyńska^{2,3}, Joanna Narbutt³, Aleksandra Lesiak³

¹Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi

²Oddział Chorób Rozrostowych, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

³Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Opis przypadku: Pacjent, lat 40, w lutym 2019 roku zgłosił się do poradni onkologicznej z powodu szybko rosnącego guzka na przedramieniu lewym. Z uwagi na podejrzenie czerniaka zmianę usunięto chirurgicznie w marcu 2019 roku. Wynik badania histopatologicznego potwierdził rozpoznanie czerniaka: *melanoma malignum invasivum exulcerans cutis*. Breslow 3,4 mm pT3a. Dokonano szerokiego wycięcia bliźny oraz wykonano biopsję węzła wartownika, która nie wykazała utkania nowotworu. W kontrolnym badaniu CT klatki piersiowej z 23.09.2020 roku stwierdzono w mięszu lewego płuca s.10 — meta 20 × 16 mm, w prawym s.4 — meta 8 mm i obok drobniejsze oraz powiększone węzły chłonne śródpiersia do 19 × 14 mm. Zbadano ekspresję antygenu PD L1 — wynik negatywny (TPS < 5%) z dnia 21.09.2020 roku. Wynik BRAF V600 — 17.08.2020 — wykryto mutację > 50%. Pacjent został zakwalifikowany do programu lekowego B.59 — Leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych z zastosowaniem kombinacji — ipilimumab i niwolumab. Leczenie rozpoczął w październiku 2020 roku. W listopadzie 2020 roku rozpoznano u pacjenta nadczynność tarczycy. Po konsultacji endokrynologicznej włączono tiamazol i propranolol. Dodatkowo, u pacjenta występowały dolegliwości bólowe z towarzyszącym obrzękiem stawów, które ustąpiły po podaniu NLPZ. W lipcu 2021 roku zaobserwowano wysiew sinoróżowych wielobocznych grudek pokrytych niewielką ilością łuski na kończynach górnych i dolnych. Zmianom towarzyszył świąd oraz bolesność. Pobrano wycinek do badania histopatologicznego, w którym stwierdzono obraz charakterystyczny dla zmian liszaja płaskiego. Zdecydowano o wstrzymaniu leczenia niwolumabem, włączono prednizon w dawce początkowej 80 mg, leki przeciwhistaminowe oraz miejscowo klobetazol. Uzyskano poprawę w zakresie zmian skórnych, ponownie włączono niwolumab.

Wnioski: Toksyczność skórna może pojawić się nie tylko na początku leczenia, ale również po dłuższym okresie immunoterapii, a nawet po jej zakończeniu. Charakterystyczny obraz badania histopatologicznego oraz obserwowana szybka poprawa kliniczna po odstawieniu niwolumabu i zastosowaniu leczenia glikokortykosteroidami sugerują, że było to działanie niepożądane immunoterapii.

LISZAJ PŁASKI LINIJNY — PRZYPADK KLINICZNY

Piotr Nawrot, Ewelina Biało-Wójcicka

Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie

Wstęp: Liszaj płaski jest przewlekłą chorobą zapalną skóry i błon śluzowych o nie w pełni ustalonej etiologii. Choroba charakteryzuje się występowaniem swędzących wielobocznych grudek koloru fioletowego zlokalizowanych najczęściej na kończynach. Jedną z odmian klinicznych liszaja płaskiego jest postać linijna liszaja płaskiego lokalizująca się wzdłuż linii Blaschko. Linie Blaschko reprezentują szlaki migracji komórek embrjonalnych. Zmiany skórne występujące wzdłuż tych linii mogą być kliniczną manifestacją chorób genetycznie wrodzonych oraz nabytych — takich jak liszaj płaski.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek dotychczas zdrowej 53-letniej kobiety, która zgłosiła się do poradni dermatologicznej z powodu niepokojących ją zmian skórnych zlokalizowanych na tułowiu; obecnych od około roku bez uchwytnej dla pacjentki czynnika wyzwalającego. W wywiadzie pacjentka podawała usunięcie znamienia barwnikowego około 2 lat temu w miejscu istniejących zmian skórnych. Wynik badania histopatologicznego z usuniętego znamienia barwnikowego nie budził niepokoju onkologicznego — zmiana usunięta w całości z odpowiednim marginesem. Podczas badania zaobserwowano linijne ułożone, lekko uniesione, wielokształtne, fioletowe grudki i blaszki sięgające pod pachę i przednią powierzchnię tułowia. U pacjentki nie zauważono zmian na błonach śluzowych i paznokciach. Pobrano biopsję. W badaniu histopatologicznym stwierdzono hiperkeratozę, przerosłą warstwę ziarnistą oraz nacieki limfocytów w warstwie podstawnej skóry. W badaniu dermatoskopowym zaobserwowano typowy obraz dla liszaja płaskiego. Pacjentka rozpoczęła terapię z użyciem miejscowego glikokortykosteroidu z dobrą tolerancją i odpowiedzią kliniczną.

Wnioski: Patogeneza liszaja płaskiego wzdłuż linii Blaschko jest nieznana. Uważa się, że jest to spowodowane genetycznym mozaicyzmem związanym z utratą heterozygotyczności. Niektórzy autorzy wskazują, że może to być z góry określone podczas embriogenezy — potwierdzając teorię mutacji keratynocytów. Mozaicyzm genetyczny może dotyczyć każdego narządu. Zajmuje on ważne miejsce w dermatologii. Koncepcja mozaicyzmu na poziomie cytogenetycznym i molekularnym pozwoliła udowodnić podłoże wielu jednostek chorobowych skóry.

ŁUSZCZYCA ODWRÓCONA U PACJENTKI Z NADWRAŻLIWOŚCIĄ NA KORTYKOSTERYDY I Z WYWIADEM PODOSTREGO SKÓRNEGO TOCZNIA RUMIENIOWATEGO

Izabela Staniszevska¹, Agnieszka Kalińska-Bienias²

¹Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Klinika Dermatologii i Wenerologii w Warszawie

Wstęp: Łuszczyca odwrócona jest rzadkim wariantem łuszczy. Obraz kliniczny obejmuje dobrze odgraniczone, rumieniowe blaszki, które zwykle nie są pokryte srebrzystymi łuskami charakterystycznymi dla łuszczy. Wykwity najczęściej występują w zgęszczaniach i okolicach wyprzeniowych.

Opis przypadku: 49-letnia pacjentka z wywiadem podostrego skórno tocznia rumieniowatego, u której zmiany skórne zajmujące przednią okolice szyi, a następnie doły łokciowe sprawiły duże trudności diagnostyczne. Pacjentka zgłosiła się do poradni z powodu zmian rumieniowych, dobrze odgraniczonych, bez świądu, zlokalizowanych wzdłuż fałdów na przedniej powierzchni szyi z podejrzeniem zaostrenia SCLE. W wywiadzie 4 lata wcześniej podczas przebywania w Republice Południowej Afryki występowały zmiany rumieniowe na grzbietowych powierzchniach obu przedramion. Na podstawie wykonanych wówczas badań wycinków skórnych wysunięto obserwację w kierunku SCLE (brak wyników do wglądu). Syn pacjentki ma rozpoznane SLE i pozostaje pod opieką Instytutu Reumatologii. W Klinice wykonane 2-krotnie badanie histopatologiczne nie potwierdziło rozpoznania tocznia. Badanie immunopatologiczne (LBT) ze zmian skórnych oraz badanie surowicy na obecność przeciwciał ANA były ujemne. W próbach świetlnych potwierdzono silną nadwrażliwość na UVB. Badanie mikologiczne z fałdów szyi było ujemne. Do leczenia początkowo włączono doustnie hydroksychlorochinę oraz miejscowo glikokortykosteroidy, po których zaobserwowano stopniowe pogorszenie. W testach płatkowych stwierdzono dodatni wynik na piwalan tiksokortylu. Do dalszego leczenia włączono miejscowo pimekrolimus i propionian klobetazolu oraz doustnie bilastynę. Nastąpiło powolne ustępowanie zmian skórnych. Wynik najnowszego badania histopatologicznego pobranego podczas nawrotu zmian wskazywał, że obraz może odpowiadać łuszczy. W obrazie dermatoskopowym widoczne były liczne naczynia typu kropek, równomiernie rozmieszczone na jasnoczerwonym tle bez charakterystycznej łuski.

Wnioski: Rozpoznanie łuszczy odwróconej na podstawie obrazu klinicznego, dermatoskopowego i histopatologicznego.

Wnioski: Ten wariant łuszczy jest trudny diagnostycznie ze względu na podobieństwo z innymi jednostkami chorobowymi zajmującymi fałdy skóry. U pacjentki diagnostyka różnicowa obejmowała: SCLE, grzybicę, wyprzenia, wyprysk kontaktowy oraz wielopostaciowe osutki świetlne. Nietypowa lokalizacja łuszczy odwróconej, jaką jest przednia okolica szyi stanowi wyzwanie diagnostyczne.

NASILONE ZMIANY SKÓRNE W PRZEBIEGU ZESPOŁU FAVRÉ-RACOUCHOT — SKUTECZNE LECZENIE LASEREM CO2

Aleksandra Wielgoś, Olga Warszawik-Hendzel, Alicja Kryst, Sylwia Chrostowska, Joanna Czuwara, Lidia Rudnicka

Klinika Dermatologiczna, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wstęp: Zespół Favré-Racouchot jest dermatozą obejmującą powstawanie zaskórników otwartych i zamkniętych oraz torbieli łojowych, zlokalizowanych zazwyczaj na twarzy w okolicy podoczołowej. Choroba ta występuje najczęściej u mężczyzn rasy kaukaskiej w podeszłym wieku, z wywiadem nikotynizmu i przewlekłej ekspozycji na promieniowanie ultrafioletowe lub radioterapii. W leczeniu zazwyczaj stosowane są miejscowe preparaty kwasu salicylowego, miejscowe i systemowe retinoidy, a także niekiedy zabiegi laserowe lub chirurgiczne. Terapia jest jednak długotrwała i często nie przynosi trwałych satysfakcjonujących efektów, a wytyczne leczenia nie są dostępne.

Opis przypadku: 72-letni pacjent pozostaje pod opieką Poradni Kliniki Dermatologicznej UCK WUM z powodu nasilonych zmian guzkowych okolic podoczołowych obu policzków, a także rozległych zmian skórnych w przebiegu rogowacenia mieszkowego zlokalizowanych na skórze tułowia, pośladków, ud i ramion. Wywiad chorobowy pacjenta obciążony jest nikotynizmem, nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą typu drugiego leczoną doustnie oraz przewlekłym leczeniem przeciwwkrzepliwym z powodu stanu po wszczępieniu stymulatora serca.

Wyniki: W leczeniu pacjenta stosowano początkowo izotretynoinę w dawce 20 mg/d, a następnie acytretynę w maksymalnej dawce 30 mg/d. Ze znaczną poprawą w zakresie rogowacenia mieszkowego, jednak bez efektu w zakresie torbieli łojowych policzków. Próby leczenia chirurgicznego, poprzez zabiegowe usuwanie torbieli, przyniosły jedynie bardzo krótkotrwałą poprawę. Z tego powodu rozpoczęto leczenie ablacyjnym laserem CO2 równoległe do terapii acytretyną w dawce 10–15 mg/d. Torbiele usuwano pojedynczo, jedną po drugiej, etapami po kilka centymetrów kwadratowych, dbając o całkowite usunięcie torebek torbieli. Obserwowano prawidłowe gojenie i prawie całkowite ustąpienie zmian skórnych oraz poprawę samooceny pacjenta. Dalsza obserwacja jest niezbędna w celu oceny pełnego efektu przeprowadzonych zabiegów.

Wnioski: Precyzyjna terapia ablacyjnym laserem CO2 może stanowić skuteczną metodę leczenia pacjentów z nasilonymi zmianami torbielowymi w przebiegu zespołu Favré-Racouchot. Szczególnie korzystne wydaje się stosowanie laseroterapii jako zabiegu wspomagającego leczenie systemowe.

PARADOKSALNE DZIAŁANIE INHIBITORÓW IL-17 W INDUKCJI NIESWOISTYCH ZAPALEŃ JELIT NA PRZYKŁADZIE OPISU PRZYPADKU PACJENTA Z ŁUSZCZYCĄ LECZONEGO SECUKINUMABEM

Julia Domurad-Falenta, Małgorzata Budzyńska, Arleta Grabowska

Oddział Dermatologiczny, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie

Wstęp: Łuszczyca jest przewlekłą zapalną dermatozą o autoimmunologicznym podłożu. Rozwój wiedzy dotyczącej patomechanizmów immunologicznych modulujących proces zapalny w łuszczyce pozwolił na wprowadzenie nowoczesnych leków biologicznych. Inhibitory Interleukiny 17, reprezentowane w opisywanym przypadku przez secukinumab, będący lekiem bezpośrednio hamującym IL-17A, są niezwykle skuteczne w terapii łuszczy i łuszczykowego zapalenia stawów. Jednak stosowanie tej grupy leków wiąże się z rzadkim ryzykiem wystąpienia ich paradoksalnego działania w postaci zaostrenia lub nawet wywołania chorób zapalnych jelit: wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i choroby Chrona.

Cel pracy: Przedstawienie przypadku pacjenta z łuszczycą, u którego w trakcie terapii secukinumabem rozwinęło się wrzodziejące zapalenie jelita grubego.

Opis przypadku: Prezentujemy przypadek 35-letniego mężczyzny z ciężką postacią łuszczy plackowatej, leczonego od wielu lat w Oddziale Dermatologicznym Szpitala Wojewódzkiego w Bełchatowie. Pacjent przed włączeniem leków z grupy inhibitorów IL-17 leczony był metodami klasycznymi: PUVA — terapią i Cyklosporyną A oraz lekami biologicznymi: adalimumabem i ustekinumabem, z utratą adekwatnej odpowiedzi na leczenie. W kolejnym etapie zdecydowano o włączeniu

secukinumab. W 74. tygodniu terapii secukinumabem pacjent zgłosił wystąpienie krwistych stolców i bóle brzucha. W wykonanych badaniach kolonoskopowym i histopatologicznym wycinka błony śluzowej jelita potwierdzono rozpoznanie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Wcześniejszy wywiad w kierunku chorób zapalnych jelit był ujemny. Po zaprzestaniu leczenia secukinumabem objawy ze strony układu pokarmowego ustąpiły. Ze względu na zaostrzenia łuszczyca rozpoczęto leczenie risankizumabem, do tej pory pacjent kontynuuje terapię a wrzodziejące zapalenie jelita grubego pozostaje w remisji.

Wnioski: Rozpoczęcie leczenia inhibitorami IL-17, powinno być poprzedzone szczegółowym wywiadem w kierunku chorób zapalnych jelit, występujących u pacjenta i w jego rodzinie. Kwestią do rozważenia pozostaje przesiewowe badanie kalprotektyny będącej markerem zapalenia w nieswoistych chorobach jelit.

PĘCZERZYCA ZWYKŁA Z IZOLOWANYM ZAJĘCIEM OWŁOSIONEJ SKÓRY GŁOWY

Martyna Waliczek¹, Michał Szczepanek¹, Bartosz Miziołek², Aleksandra Frączczak², Karina Polak³, Beata Bergler-Czop²

¹Oddział Dermatologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³Szkoła Doktorska Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wstęp: Prezentacja przypadku pacjentki z pęcherzycą zwykłą z towarzyszącym izolowanym zajęciem owłosionej skóry głowy.

Opis przypadku: Pacjentka w wieku 43 lat, przyjęta do Kliniki Dermatologii w Katowicach z powodu występujących od 6 miesięcy bolesnych, blaszkowatych zmian pokrytych nawarstwionym, żółtym strupem w obrębie skóry owłosionej głowy. Przed zgłoszeniem się do kliniki, pacjentka przez około 2 miesiące była leczona itrakonazolem z powodu podejrzenia grzybicy skóry owłosionej głowy, a następnie w związku z brakiem poprawy wysunięto podejrzenie toczenia rumieniowatego ogniskowego i wdrożono hydroksychlorochinę w dawce 200 mg/d. — równie bez poprawy po 4 miesiącach. Wykonana ambulatoryjnie biopsja uwidoczniła resztkowe fragmenty naskórka z akantolizą i warstwą podstawną przytwierdzoną do skóry właściwej.

Wyniki: W dermatoskopii wykonanej w klinice uwidoczniło duże, wielokątne łuski z odstającymi brzegami i rozdzielonymi szczelinami. Zarówno obraz kliniczny, jak i histopatologiczny budził podejrzenie pęcherzycy, w związku z czym, pobrano wycinek skóry do badania immunopatologicznego oraz krew żylną do oznaczenia przeciwciał *pemphigus/pemphigoid*, które ostatecznie potwierdziły pęcherzycę zwykłą. Do leczenia wdrożono doustny prednizon w dawce 0,5 mg/kg mc./d. oraz azatioprynę 50 mg/d., natomiast miejscowo klobetazol. W wyniku zastosowanego leczenia po kilku miesiącach uzyskano remisję zmian.

Wnioski: Pęcherzyca zwykła jest podstępna, niebezpieczna autoimmunologiczną dermatozą pęcherzową. Wiotkie pęcherze oraz nadżerki zazwyczaj pojawiają się początkowo na błonach śluzowych, a następnie na skórze. Owłosiona skóra głowy jest często dotknięta tym schorzeniem, ale izolowane zajęcie jest rzadkie. W literaturze opisano tylko około 25 przypadków pęcherzycy zwykłej o lokalizacji wyłącznie skórnej. Zlokalizowane postacie pęcherzycy zwykłej z zajęciem wyłącznie skóry najczęściej są związane z miejscowym urazem i dotyczą nosa. Biorąc pod uwagę nietypowy obraz i liczne możliwe diagnozy różnicowe, tj. grzybica, łuszczyca, toczeń rumieniowaty ogniskowy, łojotokowe zapalenie skóry głowy, dokładne badanie kliniczne oraz badanie immunopatologiczne są kluczowe dla postawienia prawidłowej diagnozy tego schorzenia.

RAK Z KOMÓREK MERKLA

Jagoda Stroynowska-Kosik, Ewelina Biało-Wójcicka

Oddział Dermatologii Dorosłych, Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie

Wstęp: Rak z komórek Merkla to rzadki nowotwór skóry, wywodzący się z komórek neuroendokrynych (komórek Merkla), charakteryzujący się bardzo wysoką złośliwością, skłonnością do częstych nawrotów miejscowych i występowaniem przerzutów do węzłów chłonnych oraz przerzutów odległych. Zwykle manifestuje się jako niespecyficzny zyb-

ko rosnący pojedynczy, twardy i niebolesny guzek o sinoczerwonym zabarwieniu. Podstawą rozpoznania jest badanie histopatologiczne w połączeniu z oceną immunohistochemiczną.

Cel pracy: Przedstawienie roli dermatologa w procesie diagnostyczno-terapeutycznym raka z komórek Merkla.

Opis przypadku: 70-letni mężczyzna zgłosił się do Poradni Dermatologicznej z powodu obecnego od około 3 miesięcy niebolesnego sinoczerwonego guzka, zlokalizowanego na płatku ucha lewego. Biorąc pod uwagę obraz kliniczny oraz dodatkowe informacje z wywiadu z pacjentem — miejsce zamieszkania w pobliżu terenów leśnych i częste spacerowanie w lesie, wysunięto podejrzenie *borrelial lymphoma*. W wykonanym badaniu surowicy metodą ELISA w kierunku obecności przeciwciał przeciwko *Borrelia spp.* w klasie IgG i IgM uzyskano ujemne wyniki. Z uwagi na niejasną etiologię zmiany i obserwowany szybki jej wzrost pobrano wycinek do oceny histopatologicznej. Na podstawie obrazu mikroskopowego poszerzonego o ocenę immunohistochemiczną rozpoznano raka z komórek Merkla. Pacjentowi zlecono wykonanie szerokiej diagnostyki obrazowej w celu określenia stopnia zaawansowania choroby — nie stwierdzono obecności przerzutów w narządach odległych. Następnie chorego hospitalizowano w Klinice Nowotworów Głowy i Szyi COI w Warszawie. W leczeniu zastosowano radykalne chirurgiczne usunięcie guza z lokalną limfadenektomią, a następnie radioterapię uzupełniającą. Obecnie pacjent znajduje się pod stałą opieką onkologiczną i dermatologiczną.

Wnioski: Obraz kliniczny raka z komórek Merkla jest niespecyficzny, często imitujący dermatozę o łagodnym charakterze, co może opóźnić postawienie prawidłowego rozpoznania i podjęcia leczenia onkologicznego. W procesie diagnostycznym ważną rolę odgrywają dermatolodzy. Krótki wywiad i szybka progresja zmiany skórnej zawsze powinna budzić podejrzenie rozrostu złośliwego.

ZNAMIĘ BŁĘKITNE Z ATYPOWYM WZORCEM DERMOSKOPOWYM

Monika Dźwigała, Piotr Sobolewski, Elżbieta Szymańska, Irena Walecka

Klinika Dermatologii, Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie

Wstęp: Prezentujemy przypadek znamienia błękitnego z atypowym wzorcem dermoskopowym.

Opis przypadku: 47-letni pacjent zgłosił się na przesiewową dermoskopię. Do badania wideodermoskopowego wytypowano atypowe znamię barwnikowe w okolicy podżebrnej prawej. W wywiadzie pacjent podaje, że znamię obecne jest od kilku lat, zgłaszając jednocześnie jego powiększenie się z w ostatnim czasie (nie pamięta od kiedy) oraz świąd. W badaniu dermoskopowym i wideodermoskopowym uwidoczniło atypową siatkę barwnikową o poszerzonych oczkach w części centralnej, obwodowo asymetrycznie położone obszary hiperpigmentacji oraz hipopigmentację z obecnością bezpostaciowych białych obszarów o charakterze regresji.

Wyniki: Znamię usunięto chirurgicznie w całości, w badaniu histopatologicznym — znamię błękitne.

Wnioski: Pomimo dostępności wielu dermoskopowych algorytmów badania znamion barwnikowych, które podlegają nieustannym zmianom, istnieje tzw. „szara strefa”, do której zalicza się przedstawiony przypadek. W takich sytuacjach obowiązuje zasada: *if in doubt — cut it out*.

RZADKIE WSPÓŁWYSTĘPOWANIE CHOROBY AUTOIMMUNOLOGICZNYCH: ZESPOŁU SJÖGRENENA, CHOROBY BEHÇETA, ŁYSIENIA PŁACKOWATEGO ORAZ CHOROBY HASHIMOTO — TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNE

Sylvia Cyran-Stemplewska, Monika Gieróń, Beata Kręcisz

Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach, Klinika Dermatologii Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Opis przypadku: Praca ma na celu przedstawienie przypadku 46-letniej pacjentki prezentującej objawy współwystępujących chorób autoimmunologicznych. Chora została przyjęta do kliniki dermatologii w celu diagnostyki zmian skórnych o charakterze rumieniowo-naciekowym z nadżerkami, zlokalizowanych na kończynach i tułowiu oraz nawracających, rozległych nadżerek błony śluzowej jamy ustnej oraz okolicy odbytu. Ponadto u pacjentki stwierdzono łysienie niebliznowaciejące

obejmujące całą skórę owłosioną głowy i brwi oraz autoimmunologiczne zapalenie tarczycy. Od 2 lat leczona z powodu nieogójącego się owrzodzenia po oparzeniu chemicznym ręki prawej. Pacjentka wcześniej hospitalizowana w oddziale reumatologii — w badaniach stwierdzono przeciwciała ANA o typie świecenia ziarnistym (1 : 640), dodatnie p/ciała SS-A oraz SS-B, obecny czynnik RF, hipergammaglobulinemię, dodatni test Schirmera, w badaniu histopatologicznym wycinka ze ślinianki wargowej obfity naciek z komórek limfoidalnych i zanik elementów gruczołowych, dodatni wynik antyTPO. Rozpoznano pierwotny zespół Sjögrena. Stosowano leczenie metyloprednizolonem, metotreksatem, chlorochiną, hydroksychlorochiną, które nie przyniosło oczekiwanych efektów.

Materiał i metody: Dokonano analizy przebiegu objawów oraz przeprowadzonej dotychczas diagnostyki. Pogłębiono diagnostykę dermatologiczną o badanie immunopatologiczne oraz histopatologiczne, a także badania przeciwciał w zapaleniach naczyń i chorobach pęcherzowych. Modyfikowano leczenie.

Wyniki: W badaniach dodatkowych stwierdzono leukopenię, niedokrwistość normocytarną, przyspieszone OB, w badaniu DIF pobranym z podudzia złogi ziarniste C3 w naczyniach, w badaniu histopatologicznym z pleców obraz mogący odpowiadać rozpoznaniu SCLÉ. Nie stwierdzono p/ciała pANCA, cANCA oraz przeciwciał w chorobach pęcherzowych.

Wnioski: Pacjentka nie spełnia kryteriów rozpoznania jednej choroby autoimmunologicznej, w związku z tym rozpoznano nakładanie się kilku jednostek chorobowych. Wyzwaniem w prowadzeniu takich pacjentów jest optymalne dostosowanie terapii, aby uzyskać remisję objawów. Najlepsze efekty terapeutyczne uzyskano po zastosowaniu terapii skojarzonej prednizonem i azatiopryną.

ERYTHEMA DYSCHROMICUM PERSTANS JAKO POWIKŁANIE TERAPII BIOLOGICZNEJ ŁUSZCZYCY

Wojciech Przywara, Jolanta Węglowska, Bartosz Woźniak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

Wstęp: *Erythema dyschromicum perstans* (EDP) jest nabyta chorobą, rzadko występującą w populacji rasy kaukaskiej, charakteryzująca się występowaniem owalnych lub okrągłych szaropopielatych wykwitów. Jest formą nabytej hiperpigmentacji, której etiologia jest nieznana. Zmiany mogą występować symetrycznie lub jednostronnie. Pacjentom zazwyczaj nie towarzyszą inne objawy lub nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych. Istnieje wiele teorii powstawania tych zmian, takie jak: predyspozycja genetyczna, alergia kontaktowa, zakażenie włosogłówką lub reakcja polekowa.

Opis przypadku: 64-letnia pacjentka z wieloletnią historią łuszczycową, w trakcie badania klinicznego przyjmująca bimekizumab, została przyjęta na oddział celem diagnostyki zmian o charakterze brązowo-szarawych plam w górnej części klatki piersiowej i pleców oraz na udach i podudziach, które pojawiły się 2 tygodnie po przyjęciu dawki przeciwciał monoklonalnych przeciwko IL-17. Dotychczas pacjentka nie prezentowała podobnych zmian. W trakcie hospitalizacji pacjentka nie prezentowała zmian łuszczycowych, nie zgłaszała też żadnych dolegliwości. W badaniu dermoskopowym uwidoczniło się globule oraz obszary rozproszonej hiperpigmentacji z zaoszczędzeniem ujęć gruczołów ekrynowych i mieszków włosowych. Widoczna była również pseudosiatka barwnika. Kluczowe była ocena biopłatów zajętej skóry, która jednoznacznie sugerowała *ashy dermatosis*, co umożliwiło ustalenie rozpoznania.

Wyniki: Z uwagi na duże prawdopodobieństwo korelacji wystąpienia zmian z podawaniem bimekizumabu, gdyż po kolejnej dawce leku zmiany się nasiliły, zasugerowano pacjentce opuszczenie badania klinicznego. Z uwagi na skuteczność leczenia przeciwluszczycowego oraz niewielki wpływ przebarwień na jakość życia pacjentka nie podjęła jeszcze decyzji.

Wnioski: *Erythema dyschromicum perstans* jest chorobą oporną na metody dostępne leczenia. Zmiany mogą utrzymywać się latami, niektóre jednak ulegają samoistnemu wyleczeniu.

ŁYSIENIE TRÓJKĄTNE U DZIECI — OPIS PRZYPADKÓW

Małgorzata Dominiak, Małgorzata Skibińska, Aleksandra Lesiak,
Joanna Narbutt

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej w Łodzi

Wstęp: Łysienie trójkątne inaczej nazywane znamieniem Brauera jest łagodnym typem łysienia niebliznowaciejącego, które typowo dotyczy

okolicy czołowo-ciemieniowej. Schorzenie ma przebieg niepostępujący, zazwyczaj obserwuje się je u dzieci między 2. a 9. r.ż. Etiologia łysienia trójkątnego pozostaje nieznana.

Cel pracy: Przedstawiamy dwa przypadki łysienia trójkątnego: u 3-letniego chłopca oraz u 6-letniej dziewczynki.

Opis przypadku: Badanie trichoskopowe wykonano za pomocą podręcznego dermoskopu z 10-krotnym powiększeniem. W obu przypadkach obserwowano krótkie włosy meszkowe różniące się długością oraz nie uwidoczniło cech diagnostycznych innych typów niebliznowaciejącego łysienia.

Wnioski: Rozpoznanie łysienia trójkątnego opiera się na cechach klinicznych i trichoskopowych. W diagnostyce różnicowej uwzględnia się przede wszystkim łysienie plackowate, trichotillomanię, łysienie z pociągania i wrodzony niedorozwój skóry. Leczenie nie jest konieczne. Do opcji terapeutycznych należą: miejscowy minoksidil, wycięcie chirurgiczne oraz przeszczep włosów.

LENTIGO MALIGNA MELANOMA (LMM) — OPIS PRZYPADKU

Paulina Fedorowicz¹, Tomasz Fedorowicz², Zygmunt Adamski¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Centrum Diagnostyki Znamion w Poznaniu

Wstęp: *Lentigo maligna melanoma* (LMM) jest coraz częściej występującym nowotworem skóry wywodzącym się ze złośliwej plamy soczewicowatej. Dotyczy osób w podeszłym wieku, powstając przede wszystkim w miejscach narażonych na ekspozycję słoneczną (promieniowanie UV).

Cel pracy: Celem pracy jest prezentacja przypadku pacjentki z rozległym *lentigo maligna melanoma*.

Opis przypadku: 82-letnia pacjentka zgłosiła się celem diagnostyki i leczenia ognisk rogowacenia łojotokowego istniejących na skórze od około 15 lat. W trakcie badania przedmiotowego poszerzonego o badanie wideodermatoskopowe jedną ze zmian na policzku prawym o wymiarach 7 × 5 cm zdiagnozowano wstępnie jako *lentigo maligna melanoma*. Została zakwalifikowana do biopsji wycinającej. W usuniętych z 2 mm makroskopowym marginesem zdrowej tkanki preparacie zaznaczono miejsca z wideodermatoskopowymi cechami czerniaka.

Wyniki: Otrzymany wynik histopatologiczny potwierdził rozpoznanie wstępne. Pacjentkę zakwalifikowano do poszerzenia zakresu wycięcia zmiany na policzku i uzupełniającego badań diagnostycznych (USG węzłów chłonnych szyi, USG jamy brzusznej oraz RTG klatki piersiowej).

Wnioski: *Lentigo maligna melanoma* cechuje się przewlekłym przebiegiem i powolnym wzrostem. Wymaga różnicowania z przebarwieniami, znamionami, ogniskami rogowacenia łojotokowego i słonecznego. Badanie kliniczne poszerzone o diagnostykę wideodermatoskopową zwiększa czułość rozpoznania.

INFEKCYJA WIRUSEM MAŁPIEJ OSPY POD POSTACIĄ ZMIAN SKÓRNYCH OKOLICY GENITALNEJ — OPIS PRZYPADKU

Barbara Olszewska¹, Adrianna Liberska¹, Agnieszka Adamek²,
Adriana Polańska³, Ryszard Żaba³, Zygmunt Adamski¹,
Aleksandra Dańczak-Pazdrowska¹

¹Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

²Klinika Chorób Zakaźnych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

³Zakład Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Wstęp: W maju 2022 roku nagły wzrost zakażeń spowodowany wirusem małpiej ospy (MPXV, *monkeypox virus*) został odnotowany w ponad 50 krajach świata.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie przypadku ospy małpiej manifestującej się klinicznie zmianami skórnymi w okolicy genitalnej.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 41-letniego mężczyzny, nosiciela wirusa HIV, który zgłosił się do izby przyjęć z powodu bolesnych i swędzących zmian w okolicach narządów płciowych. Zmiany pojawiły się po raz pierwszy około tydzień przed przyjęciem, podczas pobytu pacjenta na Wyspach Kanaryjskich. Po około 2–3 dniach od wystąpienia zmian skórných pojawiły się bóle stawowe oraz gorączka. W wywiadzie ryzykowny kontakt seksualny analny na kilka dni przed wystąpieniem zmian skórných. W warunkach izby przyjęć pacjent został umieszczony w izolacji kontaktowej. W badaniu przedmiotowym stwierdzono

limfadenopatię pachwinową oraz obecność pięciu rumieniowo-obrzękowych, tkliwych guzków z centralną, żółtawą krostą i nekrotycznym strupem na skórze moszny i pachwin.

Wyniki: Ze względu na niespójność objawów chorobowych oraz wywiad epidemiologiczny pacjent został skierowany na oddział chorób zakaźnych, gdzie metodą RT-PCR potwierdzono obecność wirusa MPXV w wymazie ze zmian skórnych. Pacjenta zatrzymano w izolacji na 14 dni, podczas których zmiany ustąpiły bez specyficznego leczenia.

Wnioski: Wystąpienie mnogich zmian skórnych w okolicy genitalnej, zwłaszcza u pacjenta angażującego się w ryzykowne praktyki seksualne wymaga wykluczenia zakażenia wirusem ospy małpiej.

WSPÓLISTNIENIE PORFIRII SKÓRNEJ PÓŹNEJ I PEMFIGOIDU OCZNEGO — OPIS PRZYPADKU

Aleksandra Soplińska-Bornsztaj, Cezary Kowalewski, Katarzyna Woźniak

Klinika Dermatologii, Immunodermatologii i Wenerologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wstęp: Porfiria skórna późna (PCT) jest chorobą skóry spowodowaną przez niedobór wątrobowego enzymu dekarboksylazy uroporfirynogenu. W jej przebiegu dochodzi do powstania pęcherzy na skórze narażonej na promieniowanie słoneczne. Rzadką formą PCT jest bliznowaciejące zapalenie spojówek, które różnicować należy między innymi z pemfigoidem ocznym. Jest to kluczowe dla wdrożenia prawidłowego leczenia, chroniąc pacjentów przed zagrażającą utratą wzroku.

Materiał i metody: Na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej, fotograficznej, wyników badań histopatologicznych, immunologicznych (metodą immunofluorescencji pośredniej i bezpośredniej) i laboratoryjnych (w tym poziomu porfiryn w krwi i moczu) przygotowano przedstawienie przypadku pacjentki ze współlistniącą porfirią skórą późną i pemfigoidem ocznym.

Wyniki: Przedstawiono przypadek 66-letniej pacjentki, u której doszło do powstania pęcherzy na grzbietach rąk i stóp, hipertrychozy oraz ciemnego zabarwienia moczu. Na podstawie bezpośredniego badania immunofluorescencyjnego DIF (ziarniste złogi w naczyniach, ślad IgG wzdłuż błony podstawnej naskórka) i wysokiego stężenia porfiryn w moczu (3224 µg/24 h) rozpoznano porfirię skórą późną. Włączono leczenie hydroksychlorochiną w dawce 250 mg 5 dni w tygodniu, w trakcie którego dolegliwości całkowicie ustąpiły a poziom porfiryn uległ negatywizacji. Trzy lata po uzyskaniu remisji choroby u pacjentki pojawiły się objawy zapalenia spojówek. Podczas hospitalizacji, na podstawie badania DIF ze skóry pobranej z okolicy przedusznej (linijne złogi IgG i IgA wzdłuż błony podstawnej) postawiono rozpoznanie pemfigoidu ocznego i włączono leczenie prednizonem w dawce 20 mg/d. oraz dapsonem 50 mg/d., uzyskując częściową remisję choroby z okresową skłonnością do zaostrzeń.

Wnioski: Według naszej wiedzy jest to drugi opisany przypadek na świecie ze współlistnieniem porfirii skórnej późnej i pemfigoidu ocznego. Pomimo badań, związek pomiędzy PCT a chorobami z autoagresji pozostaje niejasny. Niektórzy autorzy sugerują związek stałej ekspozycji oczu na promieniowanie UV aktywuje porfirynę prowadząc do zapalenia i stymulacji procesów autoimmunologicznych. Różnicowanie między dwoma chorobami jest kluczowe dla włączenia odpowiedniego leczenia.

ZASTOSOWANIE INFLIKSIMABU W LECZENIU POSTACI UOGÓLNIONEJ ZIARNINIAKA OBRĄCZKOWATEGO

Klaudia Kubikowska, Joanna Narbutt, Aleksandra Lesiak, Małgorzata Skibińska

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

Wstęp: Ziarniniak obrączkowy (GA, *granuloma annulare*) jest chorobą występującą zazwyczaj u osób w młodym wieku (20–40 r.ż.) o dotychczas nieustalonej etiologii. Ocenia się, że GA dotyczy 0,1–0,4% pacjentów dermatologicznych. Jako cechy charakterystyczne obrazu klinicznego można uznać obrączkowane blaszki w kolorze skóry z brzegiem składającym się z licznych grudek. Schorzenie charakteryzuje się specyficznymi

cechami histopatologicznymi obejmującymi zwyrodnienie kolagenu ze współistniejącym ziarniniakowym stanem zapalnym. Leki biologiczne które blokują TNF-α mogą być pomocne u niektórych pacjentów z GA, ale mogą indukować wystąpienie zmian u innych. Istnieją doniesienia o pozytywnym efekcie terapeutycznym, ale opisywano również indukowanie zmian u niektórych pacjentów.

Cel pracy: Przedstawienie przypadku pacjentki z uogólnionym ziarniniakiem obrączkowym u której zaobserwowano poprawę kliniczną po leczeniu infliksimabem.

Opis przypadku: Kobieta 59-letnia została przyjęta do oddziału dermatologii z powodu obrączkowanych zmian i nieregularnych zmian rumieniowo-zanikowych na kończynach górnych i dolnych. Wynik biopsji wskazywał na rozpoznanie ziarniniaka obrączkowego. Pacjentka leczona była wcześniej dapsonem, PUVA i hydroksychlorochiną z niezadowalającym efektem terapeutycznym.

Wyniki: Po zastosowaniu infliksimabu obserwowano istotną poprawę zmian chorobowych oraz zahamowanie powstawania nowych wykwitów.

Wnioski: Rozsiane postaci ziarniniaka obrączkowego spotykane są rzadko i stanowią wyzwanie terapeutyczne. Inhibitory TNF-α powinny być rozważane w terapii uogólnionego ziarniniaka obrączkowego.

ERUPTIVE ANGIOKERATOMA U PACJENTA LECZONEGO Z POWODU COVID-19

Michał Niedźwiedz

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

Wstęp: Enoksaparyna jest jednym z najczęściej stosowanych antykoagulantów w profilaktyce przeciwzakrzepowej. W ostatnich latach stosowana jest również w zapobieganiu powikłaniom zakrzepowo-zatorowym u chorych na COVID-19. Niezwykle rzadkim działaniem niepożądanym enoksaparyny jest wystąpienie wysiewnej postaci rogowca krwawego (*eruptive angiokeratoma*).

Opis przypadku: 78-letni chory z przetrwałym migotaniem przedsionków oraz po wszczepieniu biozastawki aortalnej został przyjęty do kliniki kardiologii celem leczenia zapalenia płuc w przebiegu COVID-19. Do momentu przyjęcia do szpitala stosował apiksaban, który po rozpoznaniu COVID-19 zastąpiony został heparyną drobnocząsteczkową — enoksyparyną. Po 8 dniach terapii w obrębie dystalnych części kończyn górnych, głównie grzbietowych powierzchni rąk oraz na podudziach pojawiły się bordowo-czarne, niebolesne, miękkie grudki i guzki o średnicy od 2 do 9 mm. Obraz kliniczny i dermoskopowy przemawiał za rozpoznaniem osutki naczyniowej. Zalecono modyfikację leczenia przeciwkrzepliwego oraz skierowanie pacjenta do kliniki dermatologii. W trakcie hospitalizacji pobrano wycinek do badania histopatologicznego. Ze względu na stan chorego wymagający ponownej hospitalizacji kardiologicznej oraz stopniowe ustępowanie zmian skórnych po odstawieniu enoksaparyny, odstąpiono od leczenia ogólnego, zalecając jedynie pielęgnację okolic zmian skórnych.

Wyniki: Na podstawie wywiadu i obrazu klinicznego wysunięto podejrzenie rozpoznania *eruptive angiokeratoma* wywołanego enoksyparyną, które potwierdzone zostało wynikiem badania histopatologicznego.

Wnioski: *Eruptive angiokeratoma* jest niezwykle rzadkim działaniem niepożądanym po zastosowaniu enoksaparyny. Lekarze powinni wysonąć podejrzenie tej jednostki chorobowej, gdy wystąpią charakterystyczne objawy kliniczne. Modyfikacja leczenia przeciwkrzepliwego i ścisła obserwacja pacjenta są postępowaniem z wyboru w przypadku wystąpienia wysiewnej postaci rogowca krwawego.

ZESPÓŁ SCHNITZLERA SKUTECZNIE LECZONY DAPSONEM

Michał Szczepanek, Martyna Waliczek, Karina Polak, Aleksandra Frątczak, Bartosz Miziołek, Beata Bergler-Czop

Oddział Dermatologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Andrzeja Mielęckiego w Katowicach

Wstęp: Zespół Schnitzlera jest rzadką chorobą autoimmunologiczną, charakteryzującą się przewlekłą pokrzywką oraz monoklonalną gammą IgM/IgG. Na obraz kliniczny składają się: zmiany pokrzywkopodobne, limfadenopatia, nawracająca gorączka, bóle kostno-mięśniowe, leukocytoza.

Opis przypadku: 69-letnia kobieta została przyjęta do Kliniki Dermatologii w Katowicach z powodu pojawiających się od około 12 lat bąbli pokrzywkowych z towarzyszącymi od 5 lat dolegliwościami bólowymi kostno-stawowymi i okresowo stwierdzaną w badaniach laboratoryjnych samoistną leukocytozą. Od około 4 lat pacjentka pozostawała też w obserwacji hematologicznej z powodu gammopatii monoklonalnej o nieokreślonym znaczeniu. Bezpośrednio przed hospitalizacją, chora przez 2 miesiące była leczona bilastyną (80 mg/d.) bez poprawy oraz doraźnie prednizonem (10 mg/d.). W badaniu przedmiotowym na skórze obecne były zmiany pokrzywkopodobne na tułowi i kończynach oraz wyczuwalne powiększone węzły chłonne obu dołów pachowych. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone stężenie białka C reaktywnego (76 mg/l), ferrytyny (330 ng/ml) oraz przyśpieszone OB (77 mm/h). Na podstawie całości obrazu klinicznego postawiono rozpoznanie zespołu Schnitzlera.

Wyniki: W leczeniu zespołu Schnitzlera skutecznym i rekomendowanym lekiem z wyboru jest anakinra — antagonistą receptora dla IL-1. Z racji ceny i słabej dostępności leku w naszym ośrodku zastosowano leczenie alternatywne: dapson 100 mg/d. oraz prednizon 20 mg/d. Zastosowane leczenie pozwoliło na uzyskanie remisji zmian skórnych w obserwacji kolejnych 4 miesięcy oraz redukcję nasilenia dolegliwości bólowych stawów.

Wnioski: Postawienie diagnozy zespołu Schnitzlera opiera się na kryteriach ze Strasburga z 2012 roku. Średnie opóźnienie diagnozy wynosi 5 lat, w przypadku prezentowanej pacjentki od wystąpienia pierwszych objawów do chwili diagnozy upłynęło aż dwanaście lat. Około 20% pacjentów z zespołem Schnitzlera rozwija chorobę limfoproliferacyjną.

KRYPTOKOKOZA SKÓRNA U PACJENTA Z ALERGICZNYM ZAPALENIEM PĘCHERZYKÓW PŁUCNYCH KWALIFIKOWANYM DO PRZESZCZEPIENIA PŁUC — OPIS PRZYPADKU

Daniel Nolberczak, Małgorzata Skibińska*

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

*Opiekun naukowy

Wstęp: Kryptokokoza skórna jest rzadką jednostką chorobową wywołaną przez otoczkowany grzyb drożdżopodobny *Cryptococcus neoformans* (*C. neoformans*), który wywołuje zakażenie oportunistyczne szczególnie u pacjentów z obniżoną odpornością. Pierwszy opis przypadku występowania kryptokokozy skórnej u kobiety z przewlekłym owrzodzeniem kończyny dolnej opublikowany był w 1895 roku.

Opis przypadku: 57-letni mężczyzna, chorujący na alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych, leczony przewlekłe ogólnie glikokortykosteroidami i azatiopryną, oczekujący na zabieg przeszczepienia płuc, został przyjęty do Kliniki Dermatologii z powodu licznych rozsiaśnych zmian guzkowo-guzkowych, częściowo hiperkeratotycznych. Część guzków posiadała zagłębienie w środku. Zmiany zlokalizowane były głównie na skórze twarzy, szyi i klatki piersiowej. W badaniach histopatologicznych wycinków skórnych ze zmian na twarzy opisywano obecność mięczaka zakaźnego a także kuliste komórki odpowiadające grzybom *Cryptococcus*. Ponadto we krwi obecny był krążący antygen *Cryptococcus neoformans*, w wykonanym badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego nie potwierdzono zakażenia *C. neoformans*.

Wyniki: W trakcie hospitalizacji pacjent otrzymał 20-dniowy cykl leczenia liposomalną amfoterycyną B. Leczenie kontynuował flukonazolem przez 6 miesięcy. Zmiany skórne sukcesywnie usuwano metodami łyżeczkowania, elektrokoagulacji, laseroterapii frakcyjnej CO₂ oraz terapią fotodynamiczną. U pacjenta obserwowano całkowite ustąpienie zmian skórnych, co umożliwiło kwalifikację chorego do przeszczepu płuc.

Wnioski: Przedstawiony przez nas przypadek kliniczny przedstawia rzadką skórą postać kryptokokozy u pacjenta poddanego immunosupresji, bez towarzyszącej infekcji ośrodkowego układu nerwowego.

RUMIEŃ WYNIOSŁY I DŁUGOTRWAŁY Z TOWARZYSZĄCYM OBWODOWYM WRZODZAJĄCYM ZAPALENIEM ROGÓWKI

Jagoda Stroynowska-Kosik, Ewelina Biało-Wójcicka

Oddział Dermatologii Dorosłych, Międzyzleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie

Wstęp: Rumień wyniosły i długotrwały jest rzadką postacią leukocyto-klastycznego zapalenia naczyń, o niejasnej etiologii. Typowy obraz

kliniczny to czerwono-fioletowe grudki, guzki i blaszki na wyprostnych powierzchniach kończyn. Wykwity pęcherzykowe lub pęcherzowe obserwowane są rzadko. Zmianom skórnym mogą towarzyszyć bóle stawów oraz objawy ze strony narządu wzroku.

Cel pracy: Przedstawienie pęcherzykowej postaci rumienia wyniosłego i długotrwałego z towarzyszącym obwodowym wrzodziejącym zapaleniem rogówki.

Opis przypadku: 42-letnia pacjentka została przyjęta do oddziału dermatologii z powodu rumieniowo-brunatnych grudek i guzków, z obecnością w ich obrębie pojedynczych wykwitów pęcherzyków i nadżerek, zlokalizowanych symetrycznie nad stawami śródrečno-palczkowymi i międzypalczkowymi rąk, rumieniowych grudek nad stawami łokciowymi oraz zmian rumieniowo-brunatnych na bocznych powierzchniach tułowia. Wystąpienie wykwitów poprzedzone było łagodną infekcją górnych dróg oddechowych. Od początku zmian skórnym towarzyszyły bóle stawów nadgarstkowych, kolanowych i biodrowych, a od kilku dni także zamglone widzenie. W podstawowych badaniach laboratoryjnych i obrazowych nie stwierdzono istotnych odchyleń. W badaniu surowicy wykryto przeciwciała ANA o ziarnistym typie świecenia w mianie 1 : 160, nie stwierdzono natomiast przeciwciał c-ANCA i p-ANCA. W badaniu DIF uwidoczniło się złoże IgG, IgA i IgM w ścianach naczyń krwionośnych. W badaniu histopatologicznym opisano masywne wewnątrz- i okołonaczyniowe masywne nacieki zapalne z neutrofilii, cechy akantozy oraz obecność podnaskórkowego pęcherza.

Wyniki: Na podstawie obrazu klinicznego i wyników wykonanych badań dodatkowych zdiagnozowano postać pęcherzykową rumienia wyniosłego i długotrwałego. Poza tym, z uwagi na zaburzenia widzenia, pacjentkę skonsultowano okulistycznie, rozpoznając obwodowe wrzodziejące zapalenie rogówki. W leczeniu zastosowano dapson w dawce 50 mg/d., obserwując szybką poprawę w zakresie zmian skórnych oraz dolegliwości stawowych i ocznych.

Wnioski: Postać pęcherzykowa rumienia wyniosłego i długotrwałego jest rzadką. Zmianom skórnym, poza dolegliwościami bólowymi stawów, mogą towarzyszyć także objawy oczne, najczęściej pod postacią obwodowego wrzodziejącego zapalenia rogówki, co wskazuje na zasadność oceny okulistycznej w tej grupie pacjentów. Lekiem pierwszego wyboru w terapii zmian skórnych jest dapson. Jest on również skuteczny wobec dolegliwości stawowych i ocznych.

PEMFIGOID PĘCHERZOWY U 21-LETNIEJ KOBIETY — OPIS PRZYPADKU

Martyna Skręta-Śliwińska, Anna Woźniacka, Elżbieta Waszczykowska, Agnieszka Żebrowska

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej — Centralny Szpital Weteranów w Łodzi

Wstęp: Pemfigoid jest przewlekłą chorobą pęcherzową o podłożu autoimmunologicznym, która klinicznie objawia się obecnością dobrze napiętych pęcherzy zlokalizowanych w obrębie zmian rumieniowych, jak i na skórze pozornie niezmięnionej. Choroba rozpoznawana jest zwykle u osób w wieku starszym.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie nietypowego przypadku pemfigoidu pęcherzowego u 21-letniej kobiety.

Opis przypadku: Do Kliniki Dermatologii i Wenerologii UM w Łodzi zgłosiła się 21-letnia kobieta z powodu zmian zlokalizowanych na skórze twarzy i skórze owłosionej głowy, które utrzymywały się od kilku miesięcy. Wykwity miały charakter rumieniowo-grudkowy oraz pojedynczych, dobrze napiętych pęcherzyków wypełnionych surowiczą treścią. Przeważały zmiany wtórne o charakterze nadżerek, strupów, blizn. Pojedyncze wykwity o podobnym charakterze obecne były na dekolcie. Dodatkowo w obrębie błon śluzowych jamy ustnej obserwowano nadżerki oraz stan zapalny dziąseł. Chora skarżyła się na nasilony świąd. Pacjentka negowała występowanie chorób przewlekłych oraz przyjmowanie leków i suplementów diety. Wykonane badania immunofluorescencji bezpośredniej oraz pośredniej pozwoliły postawić rozpoznanie pemfigoidu pęcherzowego. Na podstawie badań dodatkowych wykluczono obecność choroby nowotworowej. Początkowo włączono leczenie farmakologiczne z zastosowaniem prednizonu oraz dapsonu. Ze względu na obserwowane działania niepożądane zdecydowano o odstawieniu dapsonu. Pacjentka w stanie poprawy klinicznej pozostaje pod obserwacją.

Wnioski: Na podstawie przedstawionego przypadku chcemy zwrócić uwagę na nietypowość zarówno obrazu klinicznego, jak również wieku

wystąpienia pierwszych objawów pemfigoidu pęcherzowego. Każda rzadka postać pemfigoidu może sprawiać trudności diagnostyczne, dlatego w przypadku pojawiania się dobrze napiętych pęcherzyków i pęcherzy należy podjąć decyzję o poszerzeniu diagnostyki o badania immunologiczne.

PEMFIGOID GUZKOWY — TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE. OPIS PRZYPADKÓW I PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA

Mariola Grzeszczuk, Anna Woźniacka, Agnieszka Żebrowska
Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny
im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi

Wstęp: Pemfigoid pęcherzowy jest autoimmunologiczną chorobą pęcherzową, najczęściej pojawiającą się w starszym wieku. Postać guzkowa pemfigoidu może imitować inne jednostki chorobowe, ale także z nimi współwystępować, co powoduje trudności diagnostyczno-terapeutyczne.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie dwóch przypadków rzadko rozpoznawanej guzkowej postaci pemfigoidu, która wystąpiła u kobiet — 81-letniej i 67-letniej.

Opisy przypadków: Pierwszy przedstawiany przypadek opisuje pacjentkę z rozsianymi zmianami o charakterze guzków, grudek i nadżerek, które pojawiły się kilka lat wcześniej i były leczone jako świerzbiczka guzkowa. Wykwitom towarzyszył świąd o dużym nasileniu. W związku z dobrym efektem po prowadzonej w przeszłości fototerapii do leczenia ponownie włączono naświetlania UVB NB. Po dwóch zabiegach na skórze gładkiej w obrębie nadgarstków, ud i kolan pojawiły się drobne, dobrze napięte pęcherze wypełnione surowiczą treścią. Drugi przypadek dotyczy pacjentki ze zmianami o charakterze polimorficznym zlokalizowanymi głównie w obrębie kończyn dolnych, które utrzymywały się od około 2 lat. Początkowo postawiono rozpoznanie świerzbzu. Ze względu na nawrót wykwitów po przeprowadzonej terapii, wykonano szczegółową diagnostykę w toku, której wykluczono choroby pęcherzowe. Wynik badania histopatologicznego wycinka skórniego odpowiadał rozpoznaniu prurigo. Do leczenia włączono fototerapię z dobrą tolerancją i poprawą. Po około roku ze względu na nawrót zmian ponownie zastosowano naświetlania UVB NB, po których tym razem doszło do znacznego pogorszenia stanu skóry i nasilenia świądu.

Wyniki: U obu pacjentek badania immunofluorescencji bezpośredniej i pośredniej pozwoliły rozpoznać pemfigoid. Włączone leczenie farmakologiczne z zastosowaniem metotretksatu i steroidów stosowanych ogólnie spowodowały istotną poprawę kliniczną.

Wnioski: Powyższe przypadki prezentujemy w celu przypomnienia rzadkiej postaci pemfigoidu jaką jest pemfigoid guzkowy. Jednostka ta powinna być brana pod uwagę jako rozpoznanie u pacjentów ze świerzbiczką guzkową, którzy nie odpowiadają na rutynową terapię. Wczesne rozpoznanie pozwala na włączenie efektywnej formy leczenia. Kolejnym aspektem, o którym warto pamiętać jest wpływ ultrafioletu jako możliwego czynnika wywołującego zmiany o typie pemfigoidu u pacjentów leczonych fototerapią z powodu innych schorzeń dermatologicznych.

ROZLEGŁE OWRZODZENIE NA TWARZY PACJENTKI. TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE

Agata Kłosowicz¹, Aleksandra Pizun¹, Aleksander Obtulowicz¹,
Agnieszka Bronikowska¹, Grzegorz Dyduch², Maciej Pastuszczak³,
Anna Wojas-Pelc¹

¹Klinika Dermatologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

²Klinika Patomorfologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

³Klinika Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Zabrze

Wstęp: Kiła kilakowa to bardzo rzadka manifestacja kiły trzeciego okresu, która ujawnia się 3–7 lat po zakażeniu krętkiem bładym. W większości przypadków kilaki rozwijają się w skórze, powodując rozległą martwicę i perforację owrzodzenia jako efekt nadwrażliwości typu późnego. Kilaki mogą osiągać duże rozmiary, a zmiany goją się z pozostawieniem gładkiej białej blizny.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie historii chorobowej oraz bogatej dokumentacji fotograficznej bardzo rzadkiego przypadku kiły kilakowej obejmującej 30% powierzchni skóry twarzy.

Opis przypadku: 47-letnia pacjentka z rozpoznaną schizofrenią paranooidalną została przyjęta do kliniki dermatologii w celu diagnostyki i leczenia rozległego festonowatego owrzodzenia z uniesionym brzegiem obejmującego czoło, stok nosa oraz przyśrodkowe części policzków. Pierwsza zmiana o charakterze guzka na czole pojawiła się 2 miesiące przed przyjęciem. W diagnostyce różnicowej brano pod uwagę pyodermię gangrenosum oraz dermatitis artefacta. W wykonanym badaniu histopatologicznym stwierdzono obecność nieserowaciejących ziarniaków, obfity naciek zapalny z dominacją plazmacytów i cechy zarostania światła naczyń. W celu pogłębienia diagnostyki chorób ziarniakowych wykonano test QUANTIFERON (ujemny) oraz serologiczne odczyny kiłowe. Uzyskano ujemny wynik odczynów niekrętkowych i dodatni wynik odczynów krętkowych. Chora przyznała, że była leczona w latach 90-tych XX wieku na Ukrainie z powodu kiły. W badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego nie potwierdzono zajęcia ośrodkowego układu nerwowego. W badaniach układu sercowo-naczyniowego (EKG, ECHO serca, angio-CT) wykluczono zajęcie tego układu przez *T. pallidum*. W obrazowaniu mózgowia ujawniono ubytek kostny w obrębie kości czołowej. W leczeniu zastosowano penicylinę krystaliczną oraz debręcylinę uzyskując poprawę wyrażającą się oczyszczeniem owrzodzenia i powstaniem rozległej blizny.

Wnioski: Ze względu na zróżnicowane objawy chorobowe i zajmowanie wielu narządów kiła III okresu jest w literaturze opisywana jako „wielki naśladowca”. W związku ze wzrostem zapadalności na kiłę w ostatnich latach, a także z uwagi na możliwość nieprawidłowego leczenia pacjentów w przeszłości, autorzy zwracają uwagę na uwzględnienie kiły kilakowej w diagnostyce różnicowej asymetrycznych i niebolesnych zmian martwiczych przebiegających ze znaczną destrukcją tkanek.

KRYPTOKOKOZA SKÓRNA W ZAKRESIE TWARZY IMITUJĄCA TOCZEŃ RUMIENIOWATY OGNISKOWY

Anna Czaplicka, Irena Walecka

Klinika Dermatologii, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego/
Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji
w Warszawie

Wstęp: Kryptokokoza skórna najczęściej manifestuje się obecnością grudek, guzków, owrzodzeń, powierzchniowych blaszek. Chociaż w większości przypadków zmiany skórne wynikają z zakażenia rozsianego, to w niektórych sytuacjach, w wyniku bezpośredniej inokulacji, może dochodzić do rozwoju zakażenia pierwotnego.

Opis przypadku: 72-letnia pacjentka ze zmianami rumieniowo-naciekowymi w zakresie skóry twarzy, szyi i dekoltu, występującymi od 12 miesięcy, została przyjęta do kliniki dermatologii w celu poszerzenia diagnostyki. W badaniu przedmiotowym uwagę zwracało współwystępujące woskowo-żółte zabarwienie skóry twarzy oraz obecność zmian o charakterze zanikowym z tendencją do bliznowacenia ze znaczną komponentą naczyniową. Z wywiadu obserwowane zmiany znacząco nasilały się pod wpływem ekspozycji na światło słoneczne. Na podstawie obrazu klinicznego wysunięto podejrzenie tocznia rumieniowego ogniskowego. Pobrano wycinki skórne do badania histopatologicznego oraz zlecono badania laboratoryjne w celu wykluczenia tocznia rumieniowego układowego oraz próby świetlne.

Wyniki: Badania laboratoryjne wykazały nieznaczny leukocytozę oraz podwyższony poziom antykoagulantu tocznia (LA). Pacjentka nie spełniała kryteriów rozpoznania tocznia rumieniowego układowego. Wykonane próby świetlne były dodatnie. W badaniu histopatologicznym zmian skórnych stwierdzono obecność histiocyty i ich skupisk tworzących ziarniaki. Barwieniem PAS wykazano obecność spor grzybów w cytoplazmie makrofagów. Na podstawie obrazu histopatologicznego ustalono rozpoznanie grzybicy głębokiej skóry odpowiadające kryptokokozy. Poszerzono diagnostykę o dodatkowe badania w celu wykluczenia rozsianej postaci kryptokokozy oraz ustalenia statusu immunologicznego pacjentki. Po uzyskaniu wyników ustalono rozpoznanie kryptokokozy skórnej ograniczonej u pacjentki immunokompetentnej — do leczenia włączono itraconazol w dawce 200 mg dziennie, osiągając znaczącą poprawę.

Wnioski: Kryptokokoza skóry może imitować wiele jednostek chorobowych, w tym tocznia skórno-krążkowego. Decydujące znaczenie w diagnostyce ma badanie histopatologiczne. W przypadku rozpoznania grzybicy głębokiej skóry konieczne jest wykluczenie systemowych ognisk grzybiczych oraz zaburzeń odporności. W leczeniu postaci ograniczonej stosuje się doustne leki przeciwgrzybicze z grupy azoli.

POSZUKIWANIE OPCJI TERAPEUTYCZNYCH U PACJENTA Z DISSECTING CELLULITIS — OPIS PRZYPADKU

Adam Wełniak¹, Agnieszka Ćwikłowska², Rafał Czajkowski³

¹Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy

²Klinika Dermatologii i Wenerologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr Antoniego Jurasza w Bydgoszczy

³Katedra Dermatologii i Wenerologii Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy

Wstęp: Rozwarstwiające zapalenie skóry głowy stanowi przewlekłą postępującą dermatozę zapalną. Choroba rozpoczyna się od zamknięcia ujęć mieszków włosowych prowadząc do powstania krost, guzków i ropni, ewoluujących w obszary łysienia bliznowaciejącego. W zaawansowanym stadium skóra jest pokryta strupami i łuskami skórnymi, a przy ucisku z ujęć mieszków wypływa ropa. U chorych w leczeniu stosowane są retinoidy, kortykosteroidy i antybiotyki. Terapia pacjentów z *dissecting cellulitis* stanowi wyzwanie, gdyż często nie odpowiadają na leczenie, a wśród tych, u których udaje się uzyskać remisję zmian, często mamy do czynienia z nawrotami.

Opis przypadku: Praca stanowi opis przypadku 59-letniego mężczyzny ze zmianami zlokalizowanymi w obrębie części potylicznej owłosionej skóry głowy o charakterze guzków wypełnionych ropną treścią. W obrębie zmian przerzedzenie włosów. Pacjent prowadzony w Klinice Dermatologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.

Wyniki: Pacjent w stanie ogólnym dobrym, nie gorączkuje, dreszcze nieguje. Od roku zaostrenie zmian skórnych. W wywiadzie 2-tygodniowa hospitalizacja na oddziale kliniki dermatologii w 2021 roku. Postawiono rozpoznanie *Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens*. Obecnie leczony izotretynoiną w dawce 60 mg/d. oraz miejscowo antybiotykiem. Brak poprawy pomimo zastosowanego leczenia. Z uwagi na utrzymujące się zaostrenie procesu chorobowego pacjenta skierowano do kliniki dermatologii w celu wdrożenia antybiotykoterapii dożyłnej oraz rozpatrzenia ewentualnej kortykoterapii ogólnej. Pacjent ma również zaplanowaną wizytę w poradni Chirurgii Plastycznej w celu rozpatrzenia usunięcia zmian z przeszczepem skóry.

Wnioski: *Dissecting cellulitis* stanowi chorobę o przewlekłym nawrotnym przebiegu, która przynosi pacjentom wiele cierpienia. Wśród chorych z wieloletnim wywiadem należy upatrywać nowoczesnych metod leczenia którymi mogą być laseroterapia, zabiegi z zakresu chirurgii plastycznej czy też terapia biologiczna.

POSTHERPETIC GRANULOMATOUS DERMATITIS — WYZWANIE DIAGNOSTYCZNE I TERAPEUTYCZNE

Aleksandra Białczyk¹, Agnieszka Ćwikłowska², Rafał Czajkowski³

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy

²Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową

i Immunodermatologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. A. Jurasza w Bydgoszczy

³Katedra Dermatologii i Wenerologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy

Wstęp: Półpasiec (HZ) jest pęcherzykową wysypką skórną, która rozwija się w wyniku reaktywacji utajonego wirusa varicella zoster (VZV) w nerwach skórno-czuciowych. Jednym z możliwych powikłań HZ jest popółpaścowe ziarniniakowe zapalenie skóry (*postherpetic granulomatous dermatitis*). Reakcja ta może pojawić się natychmiast lub nawet do kilku lat po ustąpieniu zmian chorobowych. Jest również uważana za izotopową odpowiedź Wolfa, która odnosi się do wystąpienia nowej choroby skóry w miejscu innej, niespokrewnionej i już wyleczonej choroby skóry.

Materiał i metody: Przeprowadzono retrospektywne badanie w Klinice Dermatologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy.

Opis przypadku: Przedstawiono przypadek *postherpetic granulomatous dermatitis* u 67-letniej kobiety z wywiadem półpaśca prawej połowy twarzy 8 lat temu oraz nadciśnienia tętniczego, astmy, dny moczanowej, opaniaka i stanu po amputacji prostej piersi lewej z powodu raka.

Wyniki: Pacjentka z zmianami skórnymi o charakterze grudkowo-rumieniowym z towarzyszącym złuszczeniem, zlokalizowanymi w miejscu, które zostało dotknięte wcześniej przez półpasiec. Okresowo występuje pieczenie i nasilenie rumienia, bez zidentyfikowanego czynnika wyzwalającego. Wykwity wystąpiły około 5 lat temu, jednak od roku pojawiło

się zaostrenie zmian skórnych. Oznaczono przeciwciała przeciw VZV — wynik pozytywny w klasie IgM oraz IgG. Pomimo zastosowania leczenia ogólnego (acyklowir, limecykлина) i miejscowego, uzyskano tylko częściową redukcję zmian skórnych. Dwukrotne badanie histopatologiczne wycinka pobranego z prawego policzka wykazała trądzik różowaty. Jednak takie rozpoznanie nie zgadzało się obrazem klinicznym pacjentki i nie odpowiadało na leczenie. W celu postawienia ostatecznej diagnozy zlecono trzecią biopsję i zalecono leczenie ogólne (acyklowir) i miejscowe (takrolimus, mometazon).

Wnioski: Dokładna patogenezą odpowiedzi izotopowej Wolfa jest niejasna. Biorąc pod uwagę, że HZ jest najczęstszą chorobą poprzedzającą wystąpienie tej reakcji, podejrzewa się związek wirusowy. Jednak potrzebne są dalsze badania, aby zrozumieć dokładną patogenezę i epidemiologię tej dermatozy. Ułatwi to jej diagnostykę oraz wdrożenie konkretnej i skutecznej terapii.

PEMFIGOID PĘCHERZOWY JAKO PROBLEM DIAGNOSTYCZNY I TERAPEUTYCZNY O SZEROKIM SPEKTRUM OBJAWÓW DERMATOLOGICZNYCH — OPIS PRZYPADKU

Mateusz Hebda, Przemysław Borowy, Olga Wcisłek, Julia Płonczyńska, Bogdan Batko

Wydział Nauk o Zdrowiu, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie

Wstęp: Pemfigoid pęcherzowy (BP) to przewlekła, autoimmunologiczna choroba skóry, na którą zapada rocznie między 190–300 osób na milion. Występuje częściej u mężczyzn oraz głównie u osób starszych (powyżej 80. r.ż.). Dermatoma ta charakteryzuje się występowaniem dobrze napiętych pęcherzy w obszarze wykwitów rumieniowo-obrzękowych, jak i w skórze nieobjętej zmianami. U niektórych chorych zarówno pęcherze, jak i nadżerki mogą występować również na błonach śluzowych (20% przypadków). Nieleczony BP może utrzymywać się przez miesiące lub lata, z okresami remisji i zaostreń. Leczenie polega na stosowaniu glikokortykosteroidów (GKS) miejscowo lub systemowo.

Opis przypadku: W naszej pracy prezentujemy przypadek BP u 74-letniej kobiety, u której zmiany chorobowe obserwowano przez wiele miesięcy w jamie ustnej i na podniebieniu twardym. Dodatkowo pacjentka leczyła się na nadciśnienie tętnicze oraz schizofrenię, a leki na te schorzenia mogą mieć istotny wpływ na indukcję BP. U chorej wykonano kompleksową, różnicową diagnostykę laboratoryjną z powodu niespecyficznego objawów na błonach śluzowych (nadżerek, rumienia, obrzęków). Rozpoznanie postawiono dopiero na podstawie badania immuno-histopatologicznego i oznaczenia swoistych przeciwciał. Największą trudność sprawiło różnicowanie z indukowanym lekiem pemfigoidem pęcherzowym (*drug-induced bullous disorders*). Z tego powodu u pacjentki zamieniono inhibitor konwertazy angiotensyny na lek z grupy dihidropirydyny. Mimo stosowania miejscowego leczenia GKS oraz zamiany leku na nadciśnienie, zmiany pęcherzowe na podniebieniu nawracały. Po kilku miesiącach pojawiły się pęcherze w nowej lokalizacji (na kończynach górnych, sromie). Z tego powodu zostały wdrożone systemowe GKS, po których doszło do ustąpienia pęcherzy. Chora pozostaje w remisji na małych dawkach GKS, a głównym celem terapii pozostaje minimalizowanie ich działań ubocznych przy dobrej kontroli choroby.

ZESPÓŁ ASEPTYCZNYCH ROPNI PIERSI JAKO PRZYKŁAD DERMATOZY NEUTROFILOWEJ. CZY DEFECT ODPORNOŚCI MOŻE BYĆ PRZYCZYNNĄ CHOROBY?

Katarzyna Gołojuch, Przemysław Borowy, Urszula Chmielecka, Alicja Kamińska, Bogdan Batko

Wydział Nauk o Zdrowiu, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie

Wstęp: Zespół aseptycznych ropni piersi należy do grupy rzadkich dermatoz neutrofilowych. Charakteryzuje się nawracającymi ropniami skóry, spowodowanymi naciekiem neutrofilii wielojądrowych. Miejscowe i uogólnione objawy kliniczne są identyczne jak w bakteryjnych zakażeniach skóry, jednak nigdy nie udaje się zidentyfikować patogenu w obrębie obserwowanych zmian. Antybiotykoterapia, środki asepy-

tyczne oraz leczenie chirurgiczne nie przynoszą efektów. Skuteczne jest natomiast zastosowanie doustnych glikokortykoidów, a w ciężkich przypadkach inhibitorów TNF-alfa.

Opis przypadku: W pracy przedstawiamy przypadek 45-letniej pacjentki, u której rozpoznane zostały nawracające zmiany o charakterze ropnym w lewej piersi. Pacjentka przez kilka tygodni była leczona chirurgicznie i farmakologicznie (antybiotykoterapia szerokospektralna). Z powodu jej nieskuteczności i nawrotów — poszerzono diagnostykę w kierunku nowotworu piersi (z powodu dodatnich markerów nowotworowych i wyników badań obrazowych), mycobakterioz, promienicy, a finalnie niedoboru odporności. W kilkakrotnie wykonanych biopsjach obraz histopatologiczny najbardziej odpowiadał zmianom o charakterze ropnia. Szeroka diagnostyka różnicowa z dodatnimi wskaźnikami zapalnymi, wielokrotnie ujemnymi posiewami bakteriologicznymi, mykologicznymi pozwoliła postawić rozpoznanie i wdrożyć leczenie. Przeprowadzona kompleksowa ocena odporności humoralnej i komórkowej pozwoliła wykluczyć znane defekty odporności jako potencjalny patomechanizm zmian. Zastosowanie prednizonu pozwoliło na szybką poprawę kliniczną, całkowite wygojenie zmian oraz utrzymanie wielomiesięcznej remisji, pomimo obniżenia dawki leku do 2,5 mg.

PRZYPADK ZESPOŁU DERMATOZY I ZAPALENIA STAWÓW ZWIĄZANY Z CHOROBYMI JELIT (BADAS, BOWEL-ASSOCIATED DERMATOSIS-ARTHRITIS SYNDROME) U 30-LETNIEJ KOBIETY Z WRZODZIEJĄCYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO

Raman Nitskovich¹, Irena Walecka¹, Izabela Staniszevska², Milena Baran²

¹Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie

²Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: BADAS (bowel-associated dermatosis-arthritis syndrome) to rzadka dermatoza neutrofilowa, towarzysząca zapalnym chorobom jelit oraz stanom po operacjach przewodu pokarmowego. Etiologia choroby pozostaje niejasna. Podejrzewa się m.in. wpływ czynników bakteryjnych w obrębie zmienionych jelit i dysregulację układu immunologicznego.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 30-letniej kobiety ze wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w wywiadzie, przyjętej do kliniki dermatologii z powodu bolesnych zmian o charakterze rumieniowym, rumieniowo-grudkowym i guzkowym ze współistniejącym świądem. Zmianom towarzyszyły bóle mięśni i stawów, obrzęki rąk i stóp. Po raz pierwszy objawy pojawiły się 4 lata temu i były skorelowane z zaostrzeniem WZJG. Miały charakter nawracający z tendencją do nasilania się. W trakcie hospitalizacji rozpoznano postawiono na podstawie objawów klinicznych, wyniku badania histopatologicznego oraz immunopatologicznego. Wcześniejsza terapia obejmowała leczenie miejscowymi i systemowymi glikokortykosteroidami (GKS) oraz dapsonem — bez istotnej poprawy. W leczeniu szpitalnym zastosowano parenteralne preparaty cefuroksymu oraz cyklosporyny w dawce 200 mg/d.

Wyniki: Uzyskano znaczną redukcję zmian skórnych oraz dolegliwości jelitowych i mięśniowo-stawowych. Na wizycie kontrolnej po 4 miesiącach zamieniono cyklosporynę na azatioprynę w dawce 150 mg/d., a przy następnej kontroli zmniejszono dawkę AZA do 50 mg/d. Przez kolejne 12 miesięcy nie zanotowano nawrotu objawów.

Wnioski: Objawy zespołu BADAS są niecharakterystyczne, dlatego diagnostyka różnicowa stanowi spore wyzwanie. W tym przypadku obejmowała ona: plamicę Schönleina-Henocha — podobną pod względem objawów, lecz częściej spotykaną u dzieci po objawach infekcyjnych, charakteryzującą się obecnością złożeń immunoglobulin w badaniach immunopatologicznych oraz samoograniczającym przebiegiem. Zespół Sweeta — o zbliżonym obrazie histologicznym, ale klinicznie manifestujący się gwałtownym początkiem i dobrą odpowiedzią na GKS, a zmiany skórne są przeważnie asymetryczne i zlokalizowane w górnych partiach ciała. Ten przypadek dobitnie pokazuje, że holistyczne podejście i skuteczna współpraca pomiędzy lekarzami różnych specjalności często są konieczne do postawienia trafnego rozpoznania, a co za tym idzie — przywrócenia pacjenta do normalnego funkcjonowania.

SUPERFICIAL ACRAL FIBROMYXOMA — RZADKI GUZ APARATU PAZNOKCIOWEGO

Urszula Maińska¹, Martyna Stawińska^{2,*}, Wojciech Biernat³, Michał Sobjanek^{2,*}

¹Dermatologiczne Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

³Katedra i Zakład Patomorfologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

*Opiekunowie pracy

Wstęp: Superficial acral fibromyxoma jest rzadko występującym guzem tkanek miękkich. Typowo manifestuje się jako wolno rosnący guz okolicy aparatu paznokciowego palców rąk lub stóp u osób w średnim wieku. Rozpoznanie opiera się na badaniu histopatologicznym. Rekomendowaną metodą leczenia jest wycięcie chirurgiczne z szerokim marginesem tkanek makroskopowo niezmiennych.

Materiał i metody: Przedstawienie obrazu klinicznego, dermoskopowego i histopatologicznego rzadko występującego guza aparatu paznokciowego.

Wyniki: Pacjenta 47-letniego konsultowano z powodu bezbarwnikowego, niebolesnego guza pogranicza łożyska i bocznego wału paznokciowego kciuka prawego. Zmiana pojawiła się około 6 miesięcy wcześniej i stopniowo powiększała się. Obraz histopatologiczny pobranego wykładka próbnego potwierdził rozpoznanie *acral fibromyxoma*. Ze względu na rozmiary i umiejscowienie guza pacjenta skierowano na Oddział Chirurgii Ręki w celu leczenia chirurgicznego.

Wnioski: Rozpoznanie *superficial acral fibromyxoma* należy uwzględnić w diagnostyce różnicowej bezbarwnikowych guzów aparatu paznokciowego.

PIGMENTED EPITHELIOID MELANOCYTOMA — OBRAZ KLINICZNY, DERMOSKOPOWY I HISTOPATOLOGICZNY RZADKO WYSTĘPUJĄCEGO GUZA MELANOCYTARNEGO

Beata Zagórska¹, Martyna Stawińska^{2,*}, Wojciech Biernat³, Michał Sobjanek^{2,*}

¹Dermatologiczne Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

³Katedra i Zakład Patomorfologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

*Opiekunowie pracy

Wstęp: Pigmented epithelioid melanocytoma (PEM) jest rzadko opisywanym guzem melanocytarnym należącym do spektrum guzów o niepewnym potencjale złośliwości. Choć PEM opisywano u pacjentów w różnym wieku, występuje głównie u dzieci i młodych dorosłych. Klinicznie manifestuje się jako niebiesko-czarna blaszka lub guzek umiejscowiony najczęściej na kończynach i tułowiu. Histologicznie jest to skórna proliferacja silnie pigmentowanych zarówno dendrytycznych, jak i wrzecionowatych/nabłonkowatych melanocytów, obok których stwierdza się nieco większe, jaśniejsze komórki nabłonkowate. Guz stosunkowo często daje przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych (nawet do 46%), opisywano również wznowy miejscowe, a bardzo rzadko przerzuty odległe. Spektrum dermoskopowe PEM jest słabo poznane.

Materiał i metody: Przedstawienie obrazu klinicznego, dermoskopowego i histopatologicznego rzadko występującego guza melanocytarnego.

Wyniki: Pacjentkę 26-letnią konsultowano z powodu guzka barwnikowego okolicy łędźwiowej prawej, z satelitarną błękitną plamką. Obie zmiany wycięto diagnostycznie, na podstawie badania histopatologicznego rozpoznano współistnienie PEM ze znamieniem błękitnym.

Wnioski: PEM jako rzadka jednostka nozologiczna stanowi wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne. Rozpoznanie to należy brać pod uwagę podczas diagnostyki różnicowej niebieskich guzków, zwłaszcza w populacji osób młodych. Po rozpoznaniu PEM decyzja o dalszych etapach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego powinna być podejmowana przez konsylium z udziałem patomorfologa doświadczanego w diagnostyce guzów melanocytarnych.

CIĘŻKA ŁUSZCZYCA KROSTKOWA UOGÓLNIONA U 3-LETNIEGO CHŁOPCA — OPIS PRZYPADKU I KRÓTKI PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA

Michał Dec, Hubert Arasiewicz, Lilianna Leśniak-Jakubiec, Barbara Szpyrka

Oddział Dermatologii i Leczenia Anomalii Naczyniowych dla Dzieci Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

Wstęp: Łuszczyca krostkowa uogólniona jest rzadkim schorzeniem, które może zagrażać życiu. Terapia stanowi wyzwanie ze względu na brak dostępnych standaryzowanych wytycznych. Prezentujemy przypadek 3-letniego chłopca z uogólnioną łuszczyką krostkową, u którego wdrożono schemat niskiej dawki acytrytyny w połączeniu z adalimumabem po utracie odpowiedzi na metotreksat i cyklosporynę. Dokonano także przeglądu literatury uwzględniając różnorodność schematów terapeutycznych.

Materiał i metody: Literatura w języku polskim i angielskim została wyselekcjonowana z pomocą wyszukiwarek PubMed, Medline, Scienccdirect, EMBASE i Cochrane.

Opis przypadku: Zaprezentowano przypadek 3-letniego pacjenta z uogólnioną łuszczyką krostkową pozostającego w obserwacji Oddziału i Poradni Dermatologii Centrum Jana Pawła II w Sosnowcu.

Wyniki: Niska dawka acytrytyny w połączeniu z adalimumabem pozwoliła wyindukować szybką remisję objawów chorobowych z ogólnie bardzo dobrą tolerancją leczenia. Dane literaturowe wskazują, iż leczenie biologiczne w grupie dzieci z łuszczyką krostkową uogólnioną stanowi cenną alternatywę ze względu na optymalne schematy dawkowania z ograniczoną koniecznością monitorowania laboratoryjnego oraz ukierunkowane efekty, które mogą zmniejszyć potencjalną toksyczność narządową.

Wnioski: Adalimumab w połączeniu z niską dawką acytrytyny należy rozważyć jako skuteczną opcję terapeutyczną w przypadku małoletnich pacjentów z łuszczyką krostkową uogólnioną. Autorzy analizowanego piśmiennictwa podkreślają skuteczność i szybkie indukowanie remisji zmian skórnych. Różnorodność podejmowanych strategii terapeutycznych w populacji pediatrycznej z uogólnioną łuszczyką krostkową uzasadnia konieczność stworzenia jednolitych wytycznych postępowania.

ZIARNINIĄK BASENOWY — STUDIUM DWÓCH PRZYPADKÓW KLINICZNYCH

Paulina Śmigiełska¹, Martyna Stawińska^{1,*}, Wojciech Biernat², Michał Sobjanek^{1,*}

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Zakład Patomorfologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

*Opiekunowie pracy

Wstęp: Ziarniniak akwariowy jest infekcją wywołaną przez atypowy prątek *Mycobacterium marinum*, który dostaje się do organizmu przez uszkodzoną skórę, głównie w warunkach ekspozycji na zakażoną wodę w zamkniętych zbiornikach. Klinicznie manifestuje się jako guzki pokryte strupami lub blaszki najczęściej na kończynach. Histologicznie występuje zapalenie ziarniniakowe. Wskazówkami dermatoskopowymi w rozpoznaniu są czerwone i pomarańczowe barwy.

Materiał i metody: Przedstawienie obrazu klinicznego i dermoskopowego dwóch pacjentów z rozpoznaniem ziarniniaka basenowego.

Opis przypadków: Pierwszy pacjent to 48-letni mężczyzna, którego konsultowano z powodu zapalnych guzków i blaszek umiejscowionych na skórze ręki i przedramienia prawego. Zmiany pojawiły się około rok wcześniej po ekspozycji uszkodzonej skóry na wodę w akwarium domowym. Wyniki badań laboratoryjnych, w tym posiewu oraz hodowli mikrobiologicznej były ujemne. Wynik badania histopatologicznego w korelacji z obrazem klinicznym pozwolił na rozpoznanie ziarniniaka basenowego. Drugi pacjent to 75-letni mężczyzna, który został przyjęty do Kliniki Dermatologii celem diagnostyki zmiany rumieniowo-naciekowo-nadżerkowej palca III ręki prawej. Zmiana pojawiła się 17 lat wcześniej, po urazie tej okolicy, który wystąpił podczas prac ogrodowych. W czasie wielu lat trwania choroby nie ustalono ostatecznego rozpoznania, a próby leczenia empirycznego (przeciwzapalnego, przeciwdrobnoustrojowego) były nieskuteczne.

Wyniki: Wyniki badań laboratoryjnych, w tym posiewu oraz hodowli mikrobiologicznej były ujemne. Wynik badania histopatologicznego w korelacji z obrazem klinicznym pozwolił na rozpoznanie ziarniniaka basenowego.

Wnioski: Ziarniniak basenowy jako rzadka jednostka nozologiczna stanowi wyzwanie diagnostyczne. Rozpoznanie oparte jest na korelacji obrazu klinicznego, histopatologicznego oraz wyników hodowli mikrobiologicznych. Ujemny wynik hodowli nie wyklucza rozpoznania choroby.

CZERNIAK GUZKOWY PRĄCIA U 82-LETNIEGO MĘŻCZYZNY

Katarzyna Czajkowska¹, Mateusz Czajkowski², Marcin Matuszewski², Małgorzata Sokołowska-Wojdyło¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Urologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Pierwotny czerniak prącia jest bardzo rzadkim nowotworem, uważa się, że stanowi mniej niż 1,5% nowotworów prącia i mniej niż 0,1% przypadków czerniaka. Dotychczas w literaturze opisano około 220 przypadków tej choroby. Zwykle dotyka mężczyzn starszych, w 6.–7. dekadzie życia.

Opis przypadku: Pacjent 82-letni obciążony nadciśnieniem tętniczym, łagodnym rozrostem prostaty, łuszczyką zgłosił się do Poradni Chorób Prącia Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku z powodu stulejki oraz wyczuwalnego guza prącia. Chory podawał bardzo długi, wieloletni wywiad stulejki. Około 2 miesiące przed zgłoszeniem się do lekarza palpacyjnie wyczuł guz prącia, pojawiła się również krwisto-surowicza wydzielina, wypływająca spod zwężonego napletka. W trakcie zabiegu obrzezania ujawniono spoisty guz napletka barwy czarnej, który wypreparowano i wycięto. W wyniku badania histopatologicznego opisano czerniak guzkowy o grubości nacieku 10,5 mm, z naciekiem warstwy siateczkowej skóry napletka (poziom Clarka IV), bez zajęcia ciała jamistych ani gąbczastego prącia. W tomografii komputerowej klatki piersiowej i jamy brzusznej liczne zmiany wtórne. Mutacja BRAF — ujemna. Pacjent zakwalifikowany do leczenia niwolumabem. Przypadek prezentujemy ze względu na bardzo rzadkie występowanie opisywanej choroby.

ZESPÓŁ ROWELLA INDUKOWANY CIĄŻĄ — OPIS PRZYPADKU

Karolina Polak-Kokoszka, Klaudia Mikłusiak, Karolina Pełka, Anna Wojaś-Pelc

Oddział Kliniczny Dermatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Wstęp: Zespół Rowella charakteryzuje się obecnością zmian skórnych o obrazie klinicznym i immunologicznym CLE i EM. Rozpoznanie można postawić przy spełnieniu wszystkich kryteriów większych i jednego mniejszego. Kryteria większe obejmują: obecność zmian o typie CLE, obecność zmian o typie EM oraz przeciwciał przeciwjądrowych. Do kryteriów mniejszych zalicza się: obecność przeciwciał anty Ro/anty La, obecność RF oraz zmiany o typie *chillbain*.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 22-letniej kobiety w okresie połogu przyjętej na Oddział Dermatologii SU w Krakowie celem diagnostyki i leczenia rozsianych zmian rumieniowo-złuszczeniowych z centralnym przejaśnieniem, o obrączkowatym układzie zlokalizowanych na twarzy, tułowiu i kończynach. Pierwsze zmiany skórne pojawiły się w pierwszych tygodniach ciąży. Wówczas pacjentka hospitalizowana była w rejonowym oddziale dermatologicznym, gdzie wysunięto podejrzenie rozsianej grzybicy skóry gładkiej i włączono miejscowe leczenie izokonazolem oraz maścią siarkową z hydrokortyzonem — bez poprawy. Kolejną pacjentką leczoną była przez dermatologa w poradni rejonowej glikokortykosteroidami miejscowymi i systemowymi z niewielką poprawą. Pacjentka zgłosiła się do oddziału trzy tygodnie po porodzie. Na podstawie obrazu klinicznego wysunięto podejrzenie nakładania CLE i EM — na skórze twarzy dominowały zmiany o typie ACLE, a na tułowiu SCLE i EM. Diagnozę potwierdzono w badaniu histologicznym. W toku diagnostyki stwierdzono obecność przeciwciał przeciwjądrowych o typie świecenia ziarnistym w mianie 1 : 1280 oraz przeciwciał o typie świecenia homogennym w mianie 1 : 320. Ponadto wykryto przeciwciała anty Ro 52+ oraz anty SSA+++ . U pacjentki

zastosowano leczenie hydroksychlorochiną 400 mg/d., prednizonem 40 mg oraz klobetazolem w kremie, uzyskując znaczącą poprawę stanu skóry Pacjentki.

Wnioski: Zespół Rowella jest rzadką prezentacją kliniczną liszaja rumieniowatego. U naszej pacjentki były spełnione trzy większe i jedno mniejsze kryteria rozpoznania.

IMPLIKACJE TERAPEUTYCZNE W PRZEBIEGU PEMFIGOIDU PĘCHERZOWEGO

Agnieszka Mariowska, Magdalena Jałowska,
Monika Bowszyc-Dmochowska, Marian Dmochowski

Wstęp: Pemfigoid pęcherzowy (BP) to najczęstsza autoimmunizacyjna choroba pęcherzowa w krajach zaawansowanych cywilizacyjnie. Istnieją przypadki BP powiązane z nowotworzeniem.

Opis przypadku: U pacjenta 73-letniego badaniem DIF i wieloparametryczną techniką ELISA rozpoznano BP. Wywiad ujawnił stan po leczeniu raka prostaty (2011 r.) i onkocytomę nerki lewej (nefrektomia lewostronna 2017 r.). Doksycyklina i glikokortykosteroidy ogólnie i miejscowo spowodowały niewielką poprawę. Z powodu rumieniowego obrzęku podejrzewano zakrzepicę żył kończyn dolnych i chorego konsultowano u chirurga naczyniowego, wdrażając leczenie enoksaparyną, po której wystąpiło masywne krwawienie z przewodu pokarmowego wymagające hospitalizacji na oddziale chirurgicznym i przetoczenia krwi. Rozpoznano zespół Mallory'ego-Weissa. Lek przeciwzakrzepowy mógł przyczynić się do powyższej komplikacji. Podczas hospitalizacji na oddziale chirurgicznym pojawiły się liczne pęcherze krwiste na stopach utrudniające choremu poruszanie się. Następnie zmodyfikowano leczenie, zastępując doksycylinę dapsonem (początkowo 25 mg/d. później 50 mg/d.) po uprzednim wyrównaniu niedokrwistości w morfologii krwi, uzyskując niewielką poprawę stanu skóry. W kolejnym etapie leczenia wdrożono dożylnie immunoglobuliny (IVIg) w dawce 2 g/kg/mc. na cykl. Podczas drugiego cyklu IVIg stwierdziwszy znaczną leukopenię, wstrzymano podawanie IVIg. Po przerwaniu leczenia nastąpiło znaczne pogorszenie stanu dermatologicznego. Po normalizacji parametrów morfologii krwi kontynuowano kolejne cykle IVIg z jedynie zwiwnym skutkiem morbidostatycznym. Tworzyły się prosaki w dynamicznym przebiegu choroby. Obecnie planuje się terapię biologiczną rytuksymabem, lecz po stwierdzeniu dodatniego antygenu HBS chory konsultowany jest przez specjalistę chorób zakaźnych.

Wnioski: U tego chorego na BP, podeszły wiek, współistniejące choroby internistyczne, emocjonalne nieradzenie sobie z przewlekłością dermatozy oraz liczne powikłania w trakcie postępowania z chorym są znacznym wyzwaniem terapeutycznym, także z racji uwarunkowań mentalno-administracyjnych, dla zespołu leczącego.

ZESPÓŁ DRESS JAKO POWIKŁANIE TERAPII FUROSEMIDEM — OPIS PRZYPADKU

Anna Słomiak-Źwik, Magdalena Jałowska, Ryszard Żaba,
Zygmunt Adamski

Szpital Kliniczny im. Heliodora Świąćickiego w Poznaniu

Wstęp: Zespół DRESS należy do rzadkich i silnych reakcji nadwrażliwości na leki. Do typowych substancji odpowiedzialnych za wywołanie zespołu należą m.in. leki przeciwdrgawkowe oraz allopuryinol, jednak opisywane są także przypadki związane z innymi środkami leczniczymi.

Opis przypadku: Pacjent, lat 69, został przyjęty do oddziału w trybie pilnym z powodu erythrodermii w mechanizmie reakcji polekowej. Wywiad obciążony m.in. łuszczycą pospolitą, cukrzycą typu 2 i przewlekłą niewydolnością nerek. Trzy miesiące wcześniej hospitalizowany na oddziale kardiologicznym z powodu przebytego NSTEMI, następnie przekazany do oddziału chorób zakaźnych z podejrzeniem odry. W toku powyższej hospitalizacji wykluczono etiologię zakaźną i wysunięto podejrzenie reakcji polekowej oraz uzyskano poprawę stanu ogólnego i dermatologicznego. Trzy tygodnie przed przyjęciem ponownie hospitalizowany w oddziale kardiologicznym z powodu zaostrzenia niewydolności serca w przebiegu epizodu migotania przedsionków; leczenie furosemidem spowodowało pogorszenie stanu dermatologicznego i nawrót dolegliwości.

Wyniki: W trakcie pobytu w oddziale w toku diagnostyki i na podstawie parametrów z wcześniejszych hospitalizacji rozpoznano zespół DRESS. Zmodyfikowano leczenie uzyskując poprawę stanu pacjenta. Podczas 2-letniego follow-upu stwierdzono kolejne pogorszenie stanu dermatologicznego po trzeciej próbie terapii furosemidem w wyniku drugiego epizodu NSTEMI.

Wnioski: U pacjentów z silnymi reakcjami nadwrażliwości na leki niezbędna jest szczególna uważność przy doborze farmakoterapii. Znaczącym utrudnieniem jest konieczność zastosowania niektórych leków ze wskazań życiowych i w wyniku chorób towarzyszących.

LISZAJ PŁASKI BARWNIKOWY — OPIS PRZYPADKU, OBRAZ DERMOSKOPOWY

Wiktoria Grochowska¹, Monika Bowszyc-Dmochowska²,
Magdalena Jałowska³

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Estetycznej przy Klinice Dermatologii Uniwersytetu im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Pracownia Histopatologii Skóry, Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

³Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp: Liszaj płaski barwnikowy (LPP) jest rzadką skórą odmianą liszaja płaskiego o nieznaną etiologię.

Opis przypadku: 43-letnia pacjentka zgłosiła się do poradni dermatologicznej z powodu rozszarych brązowych plam i blaszek z drobnopłatkowym złuszczeniem. Pierwsza, nieswędząca zmiana skórna, pojawiła się na brzuchu we wrześniu 2021 roku. Z powodu podejrzenia liszaja zakaźnego, wdrożono terapię miejscową mupirociną oraz amoksylicyną z kwasem klawulanowym p.o. przez 10 dni bez poprawy. W wywiadzie z chorób współistniejących: infekcja SARS-CoV-2 (marzec 2021 r., pacjentka schudła 13 kg) oraz stan po operacji dyskopatii. W badaniu przedmiotowym stwierdzono liczne brązowo-szare plamy, grudki i blaszki rozsiarne na tułowiu i kończynach. Pacjentka podawała pojawianie się nowych wykwitów skórnych. W diagnostyce różnicowej rozważano *erythema dyschromicum perstans (ashy dermatosis)* oraz *idiopathic eruptive macular pigmentation*. W badaniu dermatoskopowym uwidoczniono szare i brązowe kropki oraz grudki, miejscami białe linie, białe, różowe obszary bezstrukturalne, białą drobną łuskę. W badaniach laboratoryjnych AFP blisko górnej granicy normy, pozostałe wyniki w normie.

Wyniki: Na podstawie badania obrazu klinicznego, badania dermatoskopowego oraz badania histopatologicznego wycinka skóry rozpoznano liszaja płaskiego barwnikowego. Zalecono stosowanie na wykwity skórne propionianu klobetazolu w kremie 2 razy dziennie. W przypadku braku poprawy rozważane jest wdrożenie acitretyny. Obecnie pacjentka pozostaje pod opieką poradni dermatologicznej.

Wnioski: Dermoskopia stanowi obecnie w rękach lekarza praktyka niezbędne narzędzie, dzięki któremu możemy w szybki, nieinwazyjny sposób rozpoznać wstępnie schorzenia dermatologiczne o etiologii zapalnej, autoimmunologicznej. Obrazy dermatoskopowe powinny zawsze być interpretowane w kontekście klinicznym z uwzględnieniem wywiadu, a w szczególnych przypadkach zweryfikowane badaniem histopatologicznym.

HYPOMYOPATHIC DERMATOMYOSITIS (HDM) — OPIS PRZYPADKU

Agata Staroń, Joanna Kaźmierczak, Karolina Pełka, Anna Wojas-Pelc
Oddział Kliniczny Dermatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Wstęp: Zapalenie skórno-mięśniowe jest rzadką jednostką o podłożu autoimmunizacyjnym charakteryzującą się obecnością różnorodnych zmian skórnych oraz zajęciem mięśni, głównie obręczy barkowej i biodrowej. Rozpoznanie choroby w postaciach klasycznych opiera się na precyzyjnie zdefiniowanych kryteriach. Dużą trudnością diagnostyczną sprawiają choroby z postacią bez zajęcia mięśni oraz postacią skąpoobjawową.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 66-letniej kobiety przyjętej na Oddział Dermatologii SU w Krakowie w celu diagnostyki i leczenia rozszarych zmian rumieniowych oraz rumieniowo-naciekowych obejmujących kończyny i tułów, a także zmian rumieniowo-obrzękowych zlokalizowanych na twarzy. Pacjentka początkowo hospitalizowana

w rejonowym oddziale dermatologicznym, gdzie na podstawie biopsji skóry wysunięto podejrzenie podostrego tocznia rumieniowatego (SLE). W trakcie badania dermatologicznego zwrócono uwagę na obecność fioletowego rumienia powiek z towarzyszącym obrzękiem oczodołów, sinofioletowych rumieni nad stawami łokciowymi i kolanowymi, rumienia karku i barków oraz sinofioletowych plam z komponentą naczyńową na kończynach dolnych. Dodatkowo pacjentka podawała niewielkie osłabienie mięśni obręczy biodrowej, które nie wpływało na wykonywanie czynności codziennych. Prezentowane objawy kliniczne skłoniły do poszerzenia diagnostyki immunologicznej; wykazano obecność przeciwciał anti-SAE 1 oraz anti-TIF gamma. Ponadto stwierdzono podniesiony poziom LDH oraz mioglobiny. Ze względu na obecność przeciwciał anti-TIF gamma wykonano przesiewową diagnostykę onkologiczną. W toku diagnostyki jedyną stwierdzoną nieprawidłowością była trzydziestoletnia, uwięźnięta włókna wewnątrzmaciczna (IUD). Po zastosowaniu leczenia za pomocą systemowych i miejscowych glikokortykosteroidów oraz po usunięciu IUD uzyskano znaczną poprawę stanu klinicznego pacjentki.

Wnioski: Obecność przeciwciał anti-TIF 1 nie korelowało ze stwierdzeniem u chorej nowotworu. W wielu przypadkach DM zmiany nowotworowe, najczęściej rak jajnika, sutka, gruczolakorak przewodu pokarmowego są wykrywane przed rozpoznaniem DM. W przedstawionej sytuacji nowotwór nie wyprzedził pojawienia się objawów DM, ale może wystąpić w niedługiej przyszłości, dlatego pacjentka wymaga dalszej, ścisłej obserwacji. Ponadto usunięcie zwłókniałej i uwięźniętej IUD, będącej potencjalną przyczyną wywołania reakcji immunologicznej wpłynęło na znaczną poprawę stanu skóry pacjentki.

ROZLEGŁE NADZĘRKI TWARZY JAKO PREZENTACJA KLINICZNA RZADKIEJ PĘCHERZOWEJ POSTACI TOCZNI RUMIENIOWATEGO UKŁADOWEGO

Marta Krzysztofik, Natalia Juško, Katarzyna Cebo, Karolina Kalczyńska, Magdalena Masajada, Paweł Brzewski

Oddział Dermatologiczny z Pododdziałem, Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie

Wstęp: Postać pęcherzowa tocznia rumieniowatego układowego (SLE) jest rzadką postacią choroby charakteryzującą się obecnością podnaskórkowych pęcherzy z naciekami neutrofilowymi w warstwie brodawkowej skóry oraz złogów przeciwciał na granicy skórno-naskórkowej u pacjentów ze współistniejącym SLE.

Cel pracy: Celem pracy było przedstawienie opisu przypadku pacjenta, u którego na podstawie całokształtu obrazu klinicznego wysnuto podejrzenie postaci pęcherzowej SLE.

Opis przypadku: 61-letni pacjent został przyjęty do oddziału dermatologii z powodu obecnych od miesiąca rozległych nadzerek pokrytych surowiczym strupem, wyraźnie odgraniczonych od skóry otaczającej, obejmujących całą powierzchnię skóry obu policzków, częściowo małżowiny uszne, grzbiety rąk i lewy pośladek oraz owrzodzeń w obrębie błon śluzowych jamy ustnej i przedsionka nosa.

Wyniki: W diagnostyce różnicowej z uwagi na krótki wywiad uwzględniono zmiany arteficyjne, w drugiej kolejności autoimmunologiczne choroby pęcherzowe, kolagenozy oraz porfirie. W wykonanych badaniach laboratoryjnych stwierdzono anemię normocytarną, leukopenię, obniżenie składowej C3 dopełniacza, hipalbuminemię, hipergammaglobulinemię oraz białkomoc i erytrocyturę. W badaniu immunofluorescencji pośredniej nie stwierdzono krążących przeciwciał przeciwko białkom powierzchniowym keratynocyty i białkom hemidesmosomów, stwierdzono natomiast obecność przeciwciał przeciwjadrowych i przeciwytoplazmatycznych o typie świecenia ziarnistym w mianie 1:320, jąderkowym w mianie 1:1280 i cytoplazmatycznym w mianie 1:640 oraz specyficznych anti-Ro/SS-A (52 i 60 kDa) i przeciwciał przeciw rybosomalnemu białku P. W badaniu histopatologicznym wykazano obecność podnaskórkowego pęcherza zawierającego wysięk z neutrofilami i eozynofilami, a w badaniu metodą immunofluorescencji bezpośredniej — złogi immunoglobulin klasy IgG oraz składowej C3 dopełniacza w strefie błony podstawnej. W ciągu kilku tygodni od włączenia terapii ogólnej glikokortykosteroidoterapii w skojarzeniu z lekami antymalarycznymi uzyskano widoczne gojenie się nadzerek.

Wnioski: SLE jest chorobą o heterogennym obrazie klinicznym, często manifestującą się zajęciem skóry i błon śluzowych. Ze względu na rzadkie występowanie, diagnoza postaci pęcherzowej SLE może sprawiać

trudności i wymaga różnicowania z innymi chorobami pęcherzowymi. Właściwe rozpoznanie zmian skórnych pozwala na wczesne rozpoznanie choroby i wdrożenie skutecznego leczenia.

ŚWIERZBIĄCZKA GUZKOWA JAKO MANIFESTACJA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH — OPIS PRZYPADKU 60-LETNIEJ KOBIETY

Adrian Potocki¹, Karolina Krawczyk², Aleksandra Rostoczyńska¹, Martyna Orzechowska¹

¹Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego

²Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr.1 im Fryderyka Chopina w Rzeszowie

Wstęp: *Prurigo nodularis* (PN) jest przewlekłą reakcją skóry na drapanie, objawiającą się jako liczne, różowe lub sinoczerwone grudki, zwykle zlokalizowane na dystalnych częściach kończyn, rzadziej tułowiu. Schorzenie może rozwinąć się w każdej grupie wiekowej na podłożu wszystkich chorób, które powodują świąd, zarówno dermatologicznych np. atopowe zapalenie skóry czy internistycznych tj. świąd w niewydolności nerek lub cukrzycy. Coraz większą uwagę przykuwa świerzbiączka rozwijająca się na podłożu zaburzeń psychicznych np. depresji czy zaburzeń lękowych, w których nie wystarczy zwalczanie objawów dermatologicznych, a niezbędne staje się leczenie psychiatryczne i specjalistyczna opieka psychologiczna nad pacjentami.

Cel pracy: Przedstawienie przypadku 60-letniej kobiet cierpiącej na świerzbiączkę guzkową, która rozwinęła się po ciężkim stresie psychicznym.

Opis przypadku: Kobieta 60-letnia została przyjęta do kliniki dermatologii z powodu nasilających się, swędzących zmian skórnych o charakterze guzków zlokalizowanych na tułowiu oraz wyprostnych częściach kończyn. Pacjentka była wcześniej hospitalizowana z powodu doskwierających jej dolegliwości, jednak bezskutecznie, w związku z czym celem przyjęcia pacjentki na oddział było ustalenie dalszego postępowania diagnostycznego i leczenia. Przy przyjęciu do kliniki stwierdzono liczne, częściowo rozdrapane guzki o średnicy około 2 cm, a także strupy, blizny oraz przebarwienia. Pacjentka skarżyła się na nasilający się świąd. Obwodowe węzły chłonne niepowiększone, brak dolegliwości ze strony innych układów.

Wnioski: Opisany przypadek wskazuje, że podłożem ciężkiej dermatozy skórnej, świerzbiączki guzkowej, jest zaburzenie psychiczne, a jej wyleczenie wymaga konsultacji psychiatrycznej.

Słowa kluczowe: świąd, świerzbiączka guzkowa, *Prurigo nodularis*, zaburzenia psychiczne

TRANSPLANTACJA WŁOSÓW — KORZYŚCI PŁYNĄCE Z POŁĄCZENIA DWÓCH METOD EKSTRAKЦИИ JEDNOSTEK MIESZKOWYCH (GRAFTÓW) — PRZY POMOCY ROBOTA ARTAS I POBORU MANUALNEGO NA PRZYKŁADZIE ZABIEGU U 39-LETNIEGO PACJENTA Z NASILENIEM ŁYSIENIA ANDROGENOWEGO 3V W SKALI HAMILTONA-NORWOODA

Iga Siemasz¹, Piotr Szlązak²

¹Happyderm we Wrocławiu

²Dermadica w Gdańsku

Wstęp: Transplantacja włosów to zabieg cieszący się rosnącą popularnością wśród mężczyzn z utratą włosów w przebiegu łysienia androgenowego. Polega na autotransplantacji jednostek mieszkowych w miejsca przerzedzenia, pobieranych z obszaru skroniowo-potylicznego, w którym mieszki włosowe są niewrażliwe na działanie 5-dihydrotestosteronu, w związku z czym nie podlegają procesowi miniaturyzacji i wypadania. Na przestrzeni lat metoda ewoluowała od plastyki uszypułowanych płatów skóry owłosionej, poprzez pobieranie grup mieszków włosowych sztancą, po wszczepienie pojedynczych jednostek mieszkowych. W najczęściej wykorzystywanej obecnie metodzie FUE (*follicular unit extraction*) pojedyncze mieszki włosowe pobierane są za pomocą rotatora obsługiwane manualnie przez lekarza lub za pomocą technologii robotycznej. W pracy przedstawiamy korzyści płynące z połączenia obu metod ekstrakcji graftów użytych podczas jednej transplantacji.

Materiał i metody: Transplantacja włosów w obszar zakoli u 39-letniego pacjenta z nasileniem 3V w skali Hamiltona-Norwooda, dotychczas nieleczony farmakologicznie, przy połączeniu technologii ARTAS i FUE manualnego.

Wyniki: Podczas zabiegu pobranie 1205 jednostek mieszkowych za pomocą robota Artas oraz 1400 metodą ręczną, uzyskując finalnie 2605 graftów.

Wnioski: Dzięki połączeniu obu metod można połączyć korzyści płynące z szybkiej pracy robota, nie eksploatującej fizycznie lekarza, oraz metody manualnej, która pozwala na większą kontrolę pobrania, co finalnie przekłada się na lepszy efekt estetyczny miejsca dawczego i większą ilość pobranych graftów.

MELANONYCHIA POLEKOWA WYSTĘPUJĄCA PO STOSOWANIU HYDROKSYKARBAMIDU

Klaudia Szala¹, Bartosz Zakrzewski¹, Anna Kwiatkowska-Pamuła², Małgorzata Krawczyk-Kuliś², Grażyna Kamińska-Winciorek^{3,*}

¹Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Transplantacji Szpiku i Onkohematologii; Zespole ds. Raka i Czerniaka Skóry, Narodowy Instytut Onkologii — Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach

²Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii; Narodowy Instytut Onkologii — Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach

³Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii;

Zespół ds. Raka i Czerniaka Skóry

³Narodowy Instytut Onkologii — Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach

*Opiekun pracy

Wstęp: Melanonychia jest wynikiem odkładania się nadmiernej ilości melaniny w obszarze łożyska paznokcia w formie typowych brązowo-czarnych przebarwień, pojawiających się na płytkach paznokciowych, mających podłoże melanocytowe. Problem może dotyczyć płytek paznokciowych pojedynczego palca lub kilku jednocześnie, w obszarze rąk jak i stóp. W melanonychii polekowej postaci prążków są zależne od zżywanego leku, który jest induktorem zmian do kilku tygodni od rozpoczęcia zżywania w zależności od charakterystyki produktu.

Materiał i metody: Dermoskopia jest narzędziem, która wspierając tradycyjne metody diagnostyczne pozwala na badanie zmiany w celu oceny jej rozwoju.

Wyniki: 77-letnia pacjentka z rozpoznaniem czerwienicy prawdziwej od 2019 roku do teraz leczona hydroksykarbamidem (w dawce 2 × 500 mg). Podczas powyższej terapii u chorej obserwuje się zmiany typu melanonychii. Badanie mikologiczne i bakteriologiczne wypadło ujemnie. Melanonychia dotyczy płytek paznokciowych rąk (9/10) oraz stóp (4/10). Klinicznie zmiany cechuje ciemnobrązowe zabarwienie obejmujące ponad połowę szerokości płytki, szorstkość i podłużne pobruzdowania. W obrazie dermoskopowym stwierdza się linijne prążki ułożone równolegle, o zabarwieniu ciemnobrązowym i jasnobrązowym z tendencją do zlewania się w homogenne obszary.

Chora w wieku 74 lat z rozpoznaniem czerwienicy prawdziwej od 2005 roku leczona hydroksykarbamidem, w dawce 2 × 500 mg. W 2019 roku u chorej wystąpiły przebarwienia o charakterze melanonychii, obejmujące początkowo płytki paznokciowe palca 1 i 2 stopy lewej i prawej. Badanie mikologiczne i bakteriologiczne wypadło ujemnie. W badaniu dermatologicznym stwierdza się zmiany o charakterze pasmowatych brązowych przebarwień rozmieszczonych symetrycznie w obrębie płytek paznokciowych stóp (1 i 2) z towarzyszącym podłużnym pobruzdowaniem i szorstkością. W dermoskopii stwierdza się podłużne prążki barwy ciemno- i jasnobrązowej obejmujące nieregularnie całą płytkę paznokciową (jej szerokość).

Wnioski: Melanonychia charakteryzuje się zróżnicowanym wyglądem dermoskopowym zależnym często od jej edopatogenezy. W prezentowanych przypadkach melanonychii indukowanej hydroksykarbamidem miała ona charakter licznych prążków o brązowym zabarwieniu i zmiennej intensywności, z tendencją do ich zlewania się w obszary homogenne.

ROZSIANE PŁASKIE ŻÓŁTAKI NORMOLIPEMICZNE ZWIĄZANE Z GAMMAPATIĄ MONOKLONALNĄ

Jowita Sroka-Tomaszewska, Małgorzata Sokołowska-Wojdyła

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Wstęp: Przedstawiamy przypadek pacjentki z rozpoznaniem rozsianych płaskich żółtaków normolipemicznych współistniejących z gammapatią monoklonalną. *Diffuse normolipemic plane xanthoma* (DNPX) to rzadki podtyp histiocytozy z komórek innych niż komórki Langerhansa. Po raz pierwszy opisany przez Altmana i Winkelmana w 1962 roku. Charakteryzuje się triadą objawów: kępkami żółtymi powiek, rozsiyanymi płaskimi żółtakami głowy, szyi, tułowia i kończyn oraz prawidłowym poziomem lipidów w osoczu. Wskazana jednostka ma związek z chorobami hematologicznymi o charakterze rozrostowym.

Materiał i metody: Przeprowadzono retrospektywny przegląd dokumentacji medycznej u pacjentki hospitalizowanej z powodów diagnostyki rozsianych pomarańczowo-żółtych blaszek na skórze głowy i tułowia w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii w Gdańsku.

Wyniki: Na podstawie obrazu klinicznego oraz badań dodatkowych, w tym badania histopatologicznego, rozpoznano rozsiane płaskie żółtaki normolipemiczne związane z gammapatią monoklonalną. Pacjentka nie zdecydowała się na leczenie zmian.

Wnioski: W diagnostyce różnicowej DNPX należy brać pod uwagę *xantogranuloma necrobroticum*, ponieważ w przypadku obu jednostek chorobowych zajęta jest okolica powiek oraz istnieje związek z paraproteinemią. Ze względu na to, że choroba skóry może wyprzedzać na wiele lat problemy hematologiczne należy przeprowadzać okresową diagnostykę onkologiczną. Do tej pory nie ustalono optymalnego schematu terapii. Oprócz leczenia, jeśli występuje, współistniejącej choroby hematologicznej — opisano zastosowanie (dyskusyjne) cladrybiny, cyklosporyny A, beksarotenu, a także metod zabiegowych: peelingu chemicznego, dermabrazji, laserów ablacyjnych czy wycięcia chirurgicznego zmian.

ATYPOWA POSTAĆ ŁUPIEŻU RÓŻOWEGO U PACJENTA Z ZESPOŁEM ANTYSYNTETAZOWYM

Magdalena Stec-Polak¹, Bogdan Batko², Maciej Pastuszcza¹

¹Klinika Dermatologii w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny

²Klinika Reumatologii i Immunologii, Szpital im. J. Dietla w Krakowie

Wstęp: Łupież różowy jest częstą, samoograniczającą się dermatozą grudkowo-złuszczającą. Klasycznie pojedynczy wykwit określaną jako „blaszka macierzysta” poprzedza pojawienie się licznych rumieniowo-złuszczających zmian zlokalizowanych na tułowiu i proksymalnych częściach kończyn. Jako przyczynę choroby sugeruje się reaktywację zakażenia ludzkimi herpeswirusami (HHV-6/HHV-7).

Opis przypadku: Prezentujemy przypadek 40-letniego pacjenta skierowanego na konsultację dermatologiczną z Oddziału Reumatologii, gdzie był hospitalizowany z powodu zespołu antysyntetazowego. Pacjent był przewlekłe leczony glikokortykosteroidami, a w przeszłości również cyklofosfamidem.

Wyniki: W badaniu przedmiotowym wykazano obecność zlewnych zmian rumieniowo-złuszczających na tułowiu i kończynach, które pojawiły się kilka dni wcześniej, a pogłębiony wywiad ujawnił, że ich pojawienie było poprzedzone wystąpieniem kilku rumieniowych blaszek na tułowiu. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podniesione parametry stanu zapalnego (co przypisano obecności układowej choroby tkanki łącznej), wykluczono zakażenie kiłą oraz wirusami: HIV, HBV i HCV. Nie odnotowano nowych leków zżywanych przez pacjenta w ostatnim roku. Badanie histopatologiczne biopsji skóry ze zmian ujawniło ogniskową parakeratozę, egzocytozę limfocytów, brak warstwy ziarnistej naskórka oraz okołonaczyniowy naciek limfocytarny w skórze właściwej. Całość obrazu pozwoliła na wysunięcie podejrzenia atypowej postaci łupieżu różowego z mnogimi blaszkami macierzystymi i przebiegiem suberytrodermicznym. Zmiany skórne ustąpiły samoistnie po 6 tygodniach z pozostawieniem pozapalnego złuszczenia.

Wnioski: W diagnostyce różnicowej w omawianym przypadku należało wziąć pod uwagę reakcję polekową przypominającą łupież różowy. Przeciwnie tej diagnozie przemawiała obecność jedynie niewielkiego świądu skóry, brak eozynofilii obwodowej oraz nacieków eozynofiliowych w skórze oraz brak historii zżywania nowych leków. W literaturze opisywane są przypadki nietypowych wariantów łupieżu różowego, które często występują u pacjentów w stanie immunosupresji oraz z towarzyszącymi chorobami zapalnymi, co stanowi duże wyzwanie diagnostyczne.

CIĘŻKA REAKCJA POLEKOWA Z EOZYNOFILIĄ I OBJAWAMI OGÓLNYMI (DRESS) PO LAMOTRYGINIE U 21-LETNIEGO PACJENTA LEZNEGO Z POWODU ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH

Aleksandra Foks-Ciekalska, Maciej Pastuszczak

Klinika Dermatologii w Zabrz, Śląski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Polekowa reakcja skórna z eozynofilią i objawami ogólnymi (DRESS; *drug-induced reaction with eosinophilia and systemic symptoms*) jest ciężkim, potencjalnie zagrażającym życiu działaniem niepożądanym leczenia wieloma lekami, najczęściej tymi stosowanymi w neurologii i psychiatrii.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 21-letniego pacjenta przyjętego do Kliniki Dermatologii w Zabrz z powodu uogólnionej drobnoplamistej osutki skórnej wraz z cechami złączającego zapalenia skóry twarzy. Zmianom towarzyszyła gorączka > 39 st. C. Z wywiadu pacjent od 1,5 miesiąca przyjmował lamotryginę z powodu zaburzeń depresyjnych. W badaniach laboratoryjnych przy przyjęciu ujawniono leukocytozę 20 tys./mm³ z eozynofilią (22%) oraz 100-krotnie powyżej normy podwyższone aktywności aminotransferaz wątrobowych i znaczne podwyższenie aktywności enzymów cholestatycznych.

Wyniki: W postępowaniu terapeutycznym niezwłocznie odstawiono lamotryginę oraz włączono systemowo wysokie dawki glikokortykosteroidów, leki hepatoprotekcyjne, zastosowano korekcję zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej, a także przetaczano albuminy. W kolejnych dniach hospitalizacji odnotowywano awansowanie się laboratoryjnych wykładników uszkodzenia wątroby (narastanie aktywności aminotransferaz oraz wydłużanie czasu krzepnięcia). W związku z tym chorego konsultowano z ośrodkiem transplantacyjnym wątroby celem ustalenia dalszego postępowania w razie ujawnienia się klinicznych cech niewydolności wątroby — chory wstępnie zakwalifikowany do dializy albuminowej. Wykluczono tło infekcyjne i autoimmunologiczne uszkodzenia wątroby.

Wnioski: W wyniku zastosowanego leczenia po 8 dniach hospitalizacji uzyskano stabilizację i poprawę stanu klinicznego oraz stopniową poprawę wyników badań laboratoryjnych. W przypadku ciężkich skórno-układowych reakcji polekowych niezmiernie ważna jest wczesna identyfikacja czynników sprawczych i ich odstawienie. Istotnym elementem terapii szczególnie w zajęciu narządów wewnętrznych przez proces immunologiczny jest szybkie wdrożenie immunosupresji oraz terapia wspomagająca (m.in. prawidłowe nawodnienie, uzupełnianie niedoborów białkowych i elektrolitowych oraz leczenie hepatoprotekcyjne).

WRODZONY OBRZĘK NACZYNIORUCHOWY TYPU II INDUKOWANY ESTROGENAMI U PACJENTKI Z MIĘŚNIAKIEM MACICY — OPIS PRZYPADKU

Kinga Bojhr¹, Alicja Mesjasz¹, Jan Romantowski², Marek Niedoszytko²

¹Studenckie Koło Naukowe Alergologii przy Klinice Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Klinika Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wstęp: Wrodzony obrzęk naczyńioruchowy (HAE) typu 2 jest schorzeniem, u podstawy którego leży obniżona aktywność C1-INH, co skutkuje akumulacją bradykininy prowadzącej do obrzęku tkanki podskórnej czy błon śluzowych. Napad HAE może być wywołany przez wiele czynników, w tym czynniki hormonalne. Obrzęk najczęściej dotyczy kończyn oraz twarzy. Napad może zagrażać życiu, zwłaszcza że leczenie stosowane w alergicznym obrzęku naczyńioruchowym zależnym od histaminy nie jest skuteczne w HAE typu 2.

Opis przypadku: 30-letnia kobieta została przyjęta do kliniki z obrzękiem stawów i nieswoistymi zmianami skórnymi na nadgarstkach, dłoniach i okolicy brodawek sutkowych. Początkowo sugerowano chorobę tkanki łącznej, czego jednak nie potwierdzono i po ustąpieniu objawów pacjentka została wypisana ze szpitala. Tuż przed hospitalizacją pacjentka zaczęła przyjmować złożone tabletki antykoncepcyjne zawierające etynyloestradiol i lewonorgestrelum jako leczenie mięśniaka macicy. W kolejnych miesiącach pacjentka doświadczała nawracających epizodów obrzęku kończyn oraz bólów brzucha. Około 5 miesięcy później objawy nasiliły się, pacjentka prezentowała wówczas obrzęk twarzy

oraz problemy z polykaniem. Pacjentka przyjęła samodzielnie dawkę leku przeciwhistaminowego oraz sterydów, a następnie na oddziale ratunkowym podano adrenalinę. Stan kliniczny zaczął się stopniowo poprawiać choć mało prawdopodobne ze względu na zastosowane leczenie. Przy prawidłowym stężeniu inhibitora C1 w surowicy (0,17 G/l) i jego niskiej aktywności (28%) ostateczną diagnozą był HAE typu 2. Pacjentce w ramach leczenia podawano rekombinowany inhibitor C1 oraz antagonistę receptora bradykininy B2. Kilka miesięcy później, w trakcie infekcji pochwy, zastosowano globulki z estriolem, co spowodowało ponowny napad obrzęku, jednak o mniejszym nasileniu. Zmniejszenie dawki hormonów poprawiło objawy, natomiast leczenie mięśniaków macicy pozostaje nierozwiązane, ponieważ histerektoomia nie jest rozsądną opcją dla tak młodej pacjentki.

Wnioski: Objawy kliniczne HAE typu 2 zostały wywołane przez podanie estrogenu. Ze względu na łagodną postać choroby i relatywnie wysoką aktywność C1-INH pacjentka nie odczuwała objawów przed wprowadzeniem tabletek antykoncepcyjnych lub estriolu miejscowo. Opisany przypadek pokazuje dylemat w leczeniu mięśniaków macicy u pacjentek z HAE.

DISSECTING CELLULITIS — A CASE REPORT OF FOLLICULAR OCCLUSION TRIAD

Aleksandra Frątczak

Katedra i Klinika Dermatologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

We report a 24-year-old man with one year history of skin nodules at the scalp with abscesses and sinuses lesions. A diagnosis of dissecting cellulitis was based on the findings of the clinical picture of patient and trichoscopic examination. In the past few years patient had suffered from pilonidal cysts and acne conglobata. Co-occurrence of this dermatitis is termed as follicular occlusion triad or tetrad. Additionally, the patient had multi-joint pain and there was a suspicion of a SAPHO syndrome. The patient was treated with multiple therapy. The best response to the treatment was after triamcinolone injections to the skin of the scalp, which gave desired therapeutic effect with hair re-growth. Successful treatment of dissecting cellulitis improved patient's quality of life and prevented scarring alopecia.

ATYPICAL LOBULAR PANNICULITIS (ALLP) — OPIS PRZYPADKU

Arietta Kozłowska, Karolina Pełka, Andrzej Jaworek, Anna Wojaś-Pelc

Oddział Kliniczny Dermatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Wstęp: *Atypical lobular panniculitis* (ALLP) jest rzadko rozpoznawaną jednostką cechującą się dyskracją limfocytów T podskórnej tkanki tłuszczowej. Pod względem klinicznym oraz histologicznym łączy cechy zapalenia tkanki podskórnej w przebiegu tocznia (LP) oraz chłoniaka z komórek T typu zapalenia tkanki podskórnej (SPLTCL). Obraz kliniczny jest zbliżony do innych zapaleń tkanki podskórnej i przebiega z powstawaniem stwardniałych, rumieniowych guzów, zazwyczaj zlokalizowanych na kończynach.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 26-letniej pacjentki przyjętej na Oddział Kliniczny Dermatologii SU w Krakowie w celu diagnostyki i leczenia rumieniowo-naciekowej zmiany w okolicy czoła oraz rozsia-nych, podskórnych sinofiołkowych guzów zlokalizowanych w obrębie obu kończyn górnych i tułowia. Pacjentkę konsultowano w Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie.

Wyniki: Wyniki badań histologicznych i molekularnych zawierały korelację cech morfologicznych bliższych LP, a ogniskowo bardziej typowych dla SPLTCL co skłoniło do rozpoznania dyskracji limfocytów T podskórnej tkanki tłuszczowej (ALLP). W badaniach immunologicznych stwierdzono obecność ANA o typie świecenia ziarnistym w mianie 1 : 640 oraz o typie świecenia homogennym w mianie 1 : 160. Po analizie dotychczasowych wyników badań do leczenia dołączono prednizon 20 mg oraz hydroksychlorochinę 400 mg/d.

Wnioski: ALLP oraz SPLTCL mają podobny obraz kliniczny i histopatologiczny, a różnicowanie może być często trudne. Przedstawiony przypadek podkreśla istotę szybkiej diagnostyki oraz potrzebę kontroli w kierunku progresji choroby do SPLTCL.

ERYTRODERMIA GRUDKOWA (*PAPULOERYTHRODERMA OF OFUJI*) U 67-LETNIEGO MĘŻCZYZNY — OPIS PRZYPADKU

Magdalena Masajada, Natalia Juško, Barbara Koryczan, Katarzyna Cebo, Anna Stabrava-Leśnia, Marta Krzysztofik, Paweł Brzewski

Oddział Dermatologiczny z Pododdziałem, Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie

Wstęp: Erythrodermia grudkowa (*papuloerythroderma of Ofuji*) jest rzadko występującym schorzeniem charakteryzującym się występowaniem spłaszczonych czerwono-brązowych grudek pokrywających powierzchnię skóry, z zaoszczędzeniem fałdów (*deck-chair sign*). Choroba występuje prawie wyłącznie u osób starszych i częściej dotyka mężczyzn niż kobiety. Etiologia schorzenia pozostaje niejasna, jednakże w literaturze opisywane są przypadki wtórne do procesów nowotworowych (m.in. nowotworów przewodu pokarmowego, chłoniaków T-komórkowych skóry), infekcji, chorób alergicznych oraz stosowanych leków.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 67-letniego mężczyzny prezentującego erythrodermiczne zmiany skórne z towarzyszącym nasilonym świądem, omijające fałdy skóry. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono eozynofilię (37,6%; norma 1,0–6,0%), limfocytopenię (9,1%; norma 20–40%) oraz podwyższone stężenie IgE całkowitego (1365 IU/ml; norma 0–89 IU/ml). Wywiad osobniczy oraz rodzinny w kierunku chorób alergicznych był ujemny, wykluczono również czynnik polekowy i obecność infekcji mogących być podłożem opisywanych zmian skórnych. Wykonano badanie histopatologiczne wycinka skóry, w którym stwierdzono naskórek z cechami nieznacznej akantozy i hiperkeratozy oraz przewlekły naciek zapalny wokół naczyń spłotu powierzchniowego i przydatków skóry; nie stwierdzono cech chłoniaka. Poszerzono diagnostykę w celu wykluczenia rozrostu nowotworowego stwierdzając podwyższone stężenie CEA (chory oczekuje na diagnostykę endoskopową przewodu pokarmowego). W leczeniu zastosowano glikokortykosteroidy systemowe i miejscowe oraz leki przeciwhistaminowe, uzyskując poprawę stanu miejscowego. Pacjent pozostaje w dalszej obserwacji.

Wnioski: Poszerzenie diagnostyki w celu wykluczenia procesów rozrostowych jest istotnym elementem strategii działania u chorych z rozpoznaniem erythrodermii grudkowej. Podstawę postępowania we wtórnej postaci schorzenia stanowi leczenie choroby podstawowej.

OBJAWY SKÓRNE W AUTOIMMUNIZACYJNYM ZESPOLE NIEDOCZYNNOSCI WIELOGRUCZOŁOWEJ

Marta Małecka, Zygmunt Adamski, Maciej Spałek

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

Wstęp: Autoimmunologiczne zespoły niedoczynności wielogruzołowej (APSs, *autoimmune polyendocrine syndromes*) to grupa chorób o podłożu autoimmunologicznym, która cechuje się współwystępowaniem zaburzeń czynności kilku gruczołów wydzielania wewnętrznego. Choroba autoimmunologiczna jednego narządu świadczy o genetycznie uwarunkowanym zaburzeniu tolerancji autoantygenów i możliwości rozwoju innych chorób z autoagresji. Z tego powodu bardzo istotna jest stała obserwacja pacjenta z rozpoznaniem autoimmunologicznej niedoczynności gruczołu wydzielania wewnętrznego. Jest to szczególnie istotne, jeśli chodzi o niedoczynność kory nadnerczy, gdyż jej opóźnione rozpoznanie może skutkować przełomem nadnerczowym zagrażającym życiu.

Opis przypadku: Przypadek, który opisujemy w pracy, dotyczy 19-letniego mężczyzny, u którego wystąpiło łysienie plackowate oraz *hidradenitis suppurativa*. Na podstawie przeprowadzonej szczegółowej diagnostyki stwierdzono współistnienie autoimmunologicznego zapalenia tarczycy, co kwalifikuje pacjenta do postawienia diagnozy APS-3C.

SYMETRYCZNA, WYPRZENIOWA I ZGIĘCIOWA OSUTKA WYWOŁANA PARACETAMOLEM U 30-LETNIEJ PACJENTKI CHOROJUJĄCEJ NA POKRZYWKĘ WSKAZANĄ W WYWIADZIE

Adrianna Liberska-Nobis¹, Alicja Szolc¹, Ryszard Żaba², Dorota Jenerowicz³, Adriana Polańska², Zygmunt Adamski⁴, Aleksandra Dańczak-Pazdrowska⁵

¹Oddział Kliniczny Dermatologii Szpitala Klinicznego im. H. Świącieckiego w Poznaniu

²Zakład Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

³Zakład Alergicznych i Zawodowych Chorób Skóry Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

⁴Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

⁵Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Wstęp: Symetryczna wyprzeniowa i zgięciowa osutka wywołana lekiem (SDRIFE, *symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema*) charakteryzuje się występowaniem rumieniowych zmian skórnych rozmieszczonych symetrycznie w fałdach skórnych i okolicach wyprzeniowych, szczególnie na skórze pośladków, pachwin oraz przyśrodkowej powierzchni ud, które pojawiają się po ekspozycji na zastosowany lek. **Cel pracy:** Celem pracy jest przedstawienie SDRIFE po przyjęciu paracetamolu.

Opis przypadku: 30-letnia pacjentka przyjęta do kliniki dermatologii w trybie pilnym z powodu występujących od około 5 dni zlewnych zmian rumieniowych, sinofloetowych, dobrze odgraniczonych od otoczenia w zakresie skóry kończyn dolnych (przyśrodkowa powierzchnia ud, szpara międzypośladowka), bocznej powierzchni tułowia oraz zmian rumieniowo-grudkowych w okolicy szyi, ramion, pach, górnej części pleców z towarzyszącym świądem skóry. Z powodu dolegliwości bólowych odcinka szyjnego kręgosłupa (stan po urazie), 2 dni przed pojawieniem się pierwszych zmian skórnych, pacjentka zastosowała miejscowo na skórę w okolicy szyi żel zawierający etofenam, przyjmowała ponadto doustnie paracetamol. Pacjentka negowała wystąpienie podobnych zmian w przeszłości. W wywiadzie podała występowanie pokrzywki po zastosowaniu kwasu acetylosalicylowego oraz pyralginy. **Wyniki:** Na podstawie wywiadu, objawów klinicznych oraz wyników badań laboratoryjnych postawiono rozpoznanie symetrycznej wyprzeniowej i zgięciowej osutki wywołanej lekiem. W wyniku wdrożonego leczenia ogólnymi preparatami glikokortykosteroidowymi uzyskano radykalną poprawę stanu dermatologicznego.

Wnioski: SDRIFE jest rzadko występującym zespołem charakterystycznych objawów skórnych. Jego rozpoznanie wymaga szczegółowego zapoznania się z historią choroby pacjenta, ponieważ może zostać wywołany przez powszechnie stosowany, doustny lek przeciwbólowy.

ZAPALENIE SKÓRNO-MIĘŚNIOWE JAKO ZESPÓŁ PARANEOPLASTYCZNY

Alicja Szolc, Zygmunt Adamski

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

Wstęp: Zapalenie skórno-mięśniowe (DM, *dermatomyositis*) jest nabytą, idiopatyczną, przewlekłą miopatią zapalną z towarzyszącym zapaleniem skóry. Zapadalność wynosi 5–10 przypadków na 1 mln dorosłych oraz 1–3 przypadków na 1 mln dzieci. Etiologia choroby jest nadal niejasna, najbardziej prawdopodobną przyczyną pozostaje mechanizm autoimmunologiczny. Niezwykle istotnym klinicznie wydaje się fakt częstej koincydencji DM z nowotworami złośliwymi — pierwsze doniesienia na ten temat pochodzą z początku XX wieku. Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, ryzyko wystąpienia choroby nowotworowej u pacjentów z DM wynosi około 20–25%, a rozpoznanie objawów DM zwiększa prawdopodobieństwo współistnienia nowotworu złośliwego aż 6-krotnie.

Opis przypadku: W pracy pragniemy przedstawić przypadek 79-letniej kobiety, u której wystąpiły objawy zapalenia skórno-mięśniowego. Rozpoznanie zostało postawione mimo prawidłowej aktywności enzymów

mięśniowych w surowicy krwi. Przeprowadzona dokładna, ukierunkowana diagnostyka umożliwiła rozpoznanie dotychczas bezobjawowego raka szyjki macicy.

Wnioski: (1) Nasz przypadek stanowi przykład *dermatomyositis* powiązanego z rzadkim dla tej jednostki chorobowej nowotworem złośliwym. (2) Rozpoznanie zostało postawione mimo prawidłowej aktywności enzymów mięśniowych w surowicy krwi, co pokazuje wagę holistycznej oceny pacjenta. (3) Poprzez prezentację powyższego przypadku chcielibyśmy również przypomnieć o konieczności diagnostyki onkologicznej u chorych z rozpoznaniem DM, mimo że wybór badań pozostaje nadal nieuregulowany wytycznymi i podlega indywidualnej decyzji każdego lekarza.

KRYPTOKOKOZA SKÓRNA U IMMUNOKOMPETENTNEJ PACJENTKI — TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE

Magdalena Pałdyna, Ewelina Biało-Wójcicka

Oddział Dermatologii Dorosłych, Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie

Wstęp: Kryptokokoza jest zakażeniem zaliczonym do infekcji oportunistycznych, wywołanym przez grzyby drożdżopodobne z rodzaju *Cryptococcus*. Skóra jest trzecim najczęściej zajmowanym narządem. Skórne manifestacje kryptokokozy, są zwykle wtórne do zakażenia ogólnoustrojowego i występują u osób w stanie immunosupresji, jednak możliwe jest także pierwotnie zajęcie skóry.

Opis przypadku: Pacjentka 73-letnia została przyjęta na oddział dermatologii z powodu owrzodzenia policzka lewego i nosa trwającego od pół roku. Przed hospitalizacją obraz kliniczny oraz badanie histopatologiczne sugerowało rozpoznanie gruźlicy skóry, włączono leczenie przeciwprątkowe nie uzyskując poprawy. W trakcie bieżącej hospitalizacji wywiad epidemiologiczny wydawał się nieobciążający. Wynik testu Quantiferon-TB był ujemny. W posiewie ze zmiany skórnej oraz krwi uzyskano *P. aeruginosa*, nie uzyskano wzrostu grzybów. Włączono antybiotykoterapię celowaną. Pobrano kolejne wycinki do badania histopatologicznego. Obserwowano rozprzestrzenianie się zmian skórnych oraz pogarszanie stanu ogólnego pacjentki. Chorą przekazano na oddział intensywnej terapii. W wynikach badania histopatologicznego ze zmiany skórnej obraz odpowiadał grzybicę głębokiej spowodowanej przez grzyby drożdżopodobne. Pacjentce włączono leczenie przeciwgrzybicze. W 3. dobie terapii doszło do zatrzymania krążenia i zgonu. W badaniu pośmiertnym stwierdzono liczne ziarniaki zawierające kryptokoki w skórze, płucach, mózgu, śledzionie i wątrobie.

Wnioski: Zakażenia grzybicze powinny być uwzględniane w diagnostyce różnicowej przewlekłych zmian skórnych. Wnikliwie przeprowadzony wywiad epidemiologiczny stanowi ważny element diagnostyki różnicowej zmian skórnych i może ułatwić postawienie prawidłowego rozpoznania.

PĘCHERZYCA PARANEOPLASTYCZNA BEZ WYKRYWALNYCH PRZECIWCIAŁ — OPIS PRZYPADKU

Zofia Hawrysz, Magdalena Kutwin, Anna Woźniacka, Agnieszka Żebrowska

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi

Wstęp: Pęcherzyca paraneoplastyczna (PNP) jest rzadką chorobą autoimmunologiczną związaną najczęściej z przewlekłą białaczką limfocytową lub innymi rozrostami limfocytarnymi. Klinicznie manifestuje się nadżerkami na błonach śluzowych oraz zmianami skórnymi przypominającymi liszaj płaski, rumień wielopostaciowy lub inne dermatozy. Podstawą rozpoznania PNP jest bezpośrednio badanie immunofluorescencyjne, w którym stwierdza się złogi autoprzeciwciał w przestrzeniach międzykomórkowych nabłonka. Pośrednia immunofluorescencja i test ELISA pozwalają wykryć przeciwciała krążące w surowicy.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie przypadku 67-letniego pacjenta, u którego rozpoznano PNP pomimo niewykrywalnych przeciwciał.

Materiał i metody: Przeanalizowano opisy przypadków pacjentów leczonych przeciwciałami monoklonalnymi anty-CD20 z powodu rozrostów limfocytarnych, u których mimo obrazu klinicznego sugerującego PNP, badania immunofluorescencji bezpośredniej i pośredniej nie wykazywały obecności przeciwciał.

Opis przypadku: 67-letni pacjent z rozpoznaniem przewlekłej białaczki limfocytowej (CLL) leczony obinutuzumabem i chlorambucylem po miesiącu od zakończenia terapii zaobserwował zmiany nadżerkowe w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Po kolejnych 6 miesiącach nastąpił wysiew liszajopodobnych zmian skórnych. W badaniach histopatologicznych wskazywano na zmiany odczynowe typu *lichen planus*, *erythema multiforme* lub zespół Rowella. W kilkakrotnie powtarzanych badaniach immunofluorescencji pośredniej oraz bezpośredniej nie stwierdzano obecności przeciwciał. Pacjent leczony był glikokortykosteroidami systemowo oraz acitretyną bez wyraźnej poprawy. Ze względu na progresję CLL zakwalifikowano chorego do leczenia rytuksymabem i cyklofosfamidem, obserwując mimo terapii dalsze zaostrzenie zmian skórnych. Z tego powodu pacjent został przyjęty do Kliniki Dermatologii i Wenerologii USK im. WAM w Łodzi. Powtórne badania immunologiczne dały wyniki ujemne, a w badaniu histopatologicznym opisywano zmiany lichenoidalny. Na podstawie wywiadu, wyników badań histopatologicznych i charakterystycznego obrazu klinicznego rozpoznano seronegatywną pęcherzycę paraneoplastyczną. Rozpoczęto terapię ogólną prednizonem, cyklosporyną oraz leczenie miejscowe. Pacjent pozostaje pod ścisłą obserwacją.

Wnioski: Przedstawiony przypadek zwraca uwagę na możliwe trudności w diagnostyce PNP i potencjalnie zaniżoną rozpoznawalność tej ciężkiej choroby. Mimo ustanowionych standardów diagnostycznych należy mieć na uwadze, że stosowane obecnie nowoczesne leki anty-CD20 mogą wpływać na działanie układu immunologicznego, a tym samym na uzyskiwane wyniki badań.

WRZODZIEJĄCY GUZ KLATKI PIERSIOWEJ U 56-LETNIEGO MĘŻCZYZNY

Adam Zalewski, Zuzanna Piętowska, Iwona Chlebicka, Jacek C. Szepietowski
Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

Opis przypadku: Przypadek 56-letniego mężczyzny, skierowanego do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii USK we Wrocławiu z powodu pojedynczej zmiany skórnej zlokalizowanej na powierzchni klatki piersiowej. Zmiana pojawiła się przed 5 laty, początkowo wyczuwalna była jako podskórny guzek w okolicy otoczki lewej brodawki sutkowej. Na około 10 miesięcy przed przyjęciem pacjent zaobserwował formowanie się owrzodzenia i wyciek surowiczoro-pnej wydzieliny. W badaniu przedmiotowym stwierdzono głębokie, owalne owrzodzenie o wymiarach 6×7 cm zlokalizowane w okolicy lewej piersi oraz cechy niemal doszczętniejącej nekrozy kompleksu brodawko-otoczkowego. Dodatkowo palpacyjnie wyczuwalne były powiększone węzły chłonne pachowe. W diagnostyce różnicowej brano pod uwagę raka piersi, raka płaskonabłonkowego, wrzód drażący (*ulcus rodens*), oraz czerniaka złośliwego. W trakcie hospitalizacji wykonano biopsję chirurgiczną. Ocena histopatologiczna zmiany wykazała naciek komórek nowotworowych — rozpoznano inwazyjnego raka piersi (*breast cancer of no-specific type*). Pacjent został niezwłocznie skierowany do oddziału onkologicznego w celu ukończenia oceny zaawansowania choroby i rozpoczęcia leczenia. W dyskusji omówiony został *staging* oraz rokowanie pacjenta, typowe objawy raka piersi u mężczyzn, czynniki ryzyka (w tym te które powinny być zauważone w codziennej praktyce dermatologicznej), diagnostyka różnicowa, a także dalsze opcje terapeutyczne. Według światowych danych epidemiologicznych rak piersi jest najczęstszym nowotworem u kobiet na świecie, ale stosunkowo rzadkim u mężczyzn — stanowi mniej niż 1% wszystkich zdiagnozowanych przypadków nowotworów. Rak piersi u mężczyzn w porównaniu z populacją kobiet charakteryzuje się zdecydowanie krótszą przeżywalnością i dużo wyższą śmiertelnością.

PĘCHERZYCA PARANEOPLASTYCZNA PIERWSZYM OBJAWEM PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI LIMFATYCZNEJ

Anna Ryguła¹, Zuzanna Piętowska², Joanna Maj², Alina Jankowska-Konsur²
Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp: Pęcherzyca paraneoplastyczna jest zespołem, najczęściej związanym z rozrostami limfoproliferacyjnymi, w tym z przewlekłą białaczką

limfatyczną (CLL). Cechuje się zróżnicowanym obrazem klinicznym, w którym dominuje nadżerkowe zapalenie jamy ustnej oraz występują polimorficzne zmiany skórne i, ewentualnie, zajęcie płuc. Przedstawiamy przypadek pacjenta z pęcherzycą paraneoplastyczną, będącą pierwszym objawem CLL, a także trudności związane z leczeniem.

Opis przypadku: 58-letni pacjent zgłosił się do kliniki w listopadzie 2020 roku z rozległymi nadżerkami w obrębie jamy ustnej, języka i gardła oraz nasilonymi strupami krwotocznymi na wargach i w przedślonku nosa, rozwijających się od miesiąca. Dodatkowo obserwowano zaczerwienienie i nadżerki w obrębie spojówek, zmiany pęcherzykowe na rumieniowym tle i pojedyncze nadżerki na rękach i plecach.

Wyniki: W wykonanych pośrednich badaniach immunofluorescencyjnych wykazano obecność przeciwciał przeciw desmogleinie 1,3, enwoplaklinie oraz BP180-NC16A-4X. Obraz kliniczny łącznie z badaniami dodatkowymi wskazywał na pęcherzycę paraneoplastyczną. Na podstawie trepanobiopsji szpiku oraz immunofenotypowania krwi obwodowej rozpoznano CLL. Wdrożono terapię wg schematu R-CD (rituksymab, cyklofosfamid, deksametazon) osiągając remisję białaczki oraz zmian śluzówkowo-skórnych po 3 cyklach. W leczeniu podtrzymującym utrzymano prednizon 50 mg/d. przez 5 miesięcy, który odstawiono na oddziale hematologicznym. Po miesiącu doszło do zaostrzenia zmian śluzówkowo-skórnych. Ponownie włączono prednizon. W grudniu 2021 roku w związku z brakiem adekwatnej odpowiedzi klinicznej włączono do leczenia rituksimab w dawce 1000 mg we wlewie. Przy podaniu 5. dawki doszło do wstrząsu anafilaktycznego, w wyniku czego odstąpiono od dalszego podawania leku. Obecnie pacjent w leczeniu otrzymuje azatioprynę w dawce 50–100 mg oraz deflazakort w dawce 36 mg/d.

Wnioski: Przebieg pęcherzycy paraneoplastycznej jest zwykle ciężki, a rokowanie niepewne. Rozpoznanie pęcherzycy paraneoplastycznej wymaga dogłębnej diagnostyki indukującego nowotworu.

OWRZODZENIE W OBRĘBIE OWŁOSIONEJ SKÓRY GŁOWY — TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE

Katarzyna Markowicz¹, Joanna Maj², Dawid Niżyński², Alina Jankowska-Konsur²

¹SKN Dermatologii Eksperymentalnej, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii we Wrocławiu

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii we Wrocławiu

Wstęp: Ogromna popularność zabiegów rozjaśniania włosów w salonach fryzjerskich powoduje, że niebezpieczeństwo związane z wykorzystywanymi w nich substancjami jest często lekceważone. Do najcięższych powikłań skórnych należą głębokie oparzenia chemiczne, których niecharakterystyczna dynamika rozwoju oraz obraz kliniczny mogą być źródłem wielu wątpliwości diagnostycznych.

Opis przypadku: 33-letnia kobieta została przyjęta na oddział dermatologii w celu diagnostyki i leczenia rozległego, niebolesnego i trudno gojącego się owrzodzenia skóry w okolicy ciemieniowej, które rozwijało się samodzielną przez okres 5 tygodni i nie reagowało na stosowane leczenie zachowawcze, osiągając końcowe wymiary 3 × 9 cm. W diagnostyce różnicowej brano pod uwagę piodermię zgorzelinową, głęboką infekcję grzybiczą i dermatitis artificialis. Posiewy bakteryjne oraz grzybicze z powierzchni zmiany były ujemne. Wynik badania histopatologicznego wykazał całkowity brak naskórka oraz masywny naciek z neutrofilii w skórze właściwej.

Wyniki: Wywiad z pacjentką ujawnił, że pierwsze dolegliwości w tej okolicy pojawiły się podczas zabiegu rozjaśniania włosów. Kilka minut po nałożeniu substancji utleniającej kobieta doznała silnych dolegliwości bólowych, które zmusiły ją do przerwania procedury. Zmiany na skórze pojawiły się dopiero po upływie 24 h w postaci swędzącej nadżerki niewielkich rozmiarów z wysiękiem surowiczym, która następnie wykazywała samoistną, bezbolesną progresję. Zastosowano leczenie miejscowe w postaci kremu z sulfatiazolem srebrzym (Argosulfan). Po miesiącu uzyskano pełne wygojenie, a w kolejnych tygodniach doszło do wytworzenia ogniska lisyenia bliznowaciejącego wtórnego, co stanowiło ostateczny dowód na nieodwracalność utraty włosów na tym obszarze.

Wnioski: W dostępnej literaturze znajdują się pojedyncze doniesienia dotyczące niepożądanych skutków rozjaśniania włosów. Opisywane zmiany były związane przede wszystkim z nieprawidłowym przygotowaniem i zbyt wysokim stężeniem zastosowanych substancji utleniających. W profilaktyce oparzeń proponuje się m.in. rozjaśnianie kilkuetapowe oraz stosowanie tzw. blokerów przed farbą. W leczeniu owrzodzenia, przy braku wtórnej infekcji, zwykle proponowana jest wazelina biała.

PIERWOTNIE SKÓRNY CHŁONIAK ANAPLASTYCZNY Z DUŻYCH KOMÓREK CD 30+ — OPIS DWÓCH PRZYPADKÓW — RÓŻNY OBRAZ I PRZEBIEG KLINICZNY

Tomasz Stein, Magdalena Kiedrowicz, Mariola Marchlewicz

Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych w Policach — SPSK 1 PUM 4

Wstęp: Pierwotnie skórny chłoniak anaplastyczny z dużych komórek (c-ALCL) zaliczany jest do pierwotnie skórnych chorób limfoproliferacyjnych z komórek T CD30+. Stanowi on 8% chłoniaków skóry. Występuje częściej u starszych mężczyzn, szczyt zachorowań przypada na 6. dekadę życia. W obrazie klinicznym obserwuje się rumieniowe blaszki skórne, guzy, często z towarzyszącym owrzodzeniem. W wielu przypadkach nowotwory te cechuje wieloletni i łagodny przebieg. Celem pracy jest przedstawienie form i skuteczności leczenia c-ALCL CD 30+.

Materiał i metody: W pracy przedstawiono dwa przypadki pacjentek z pierwotnie skórny chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek CD 30+, które prezentowały odmienny fenotyp zmian skórnych umiejscowionych głównie na skórze głowy i różny przebieg kliniczny.

Opis przypadków: U pacjentki 64-letniej prezentującej zmiany skórne o charakterze guzków, płytkich owrzodzeń na skórze głowy i blaszek rumieniowych na przedramionach i dekoltie po wykonaniu badań obrazowych (TK) włączono metotreksat w początkowej dawce 20 mg/tydzień, uzyskując remisję w zakresie zmian skórnych. Terapię kontynuowano zredukowaną dawkę metotreksatu 15 mg, wykonując PET-CT, które nie wykazało obecności przerzutów do węzłów chłonnych i narządów wewnętrznych.

U pacjentki 67-letniej ze zmianami naciekowymi i guzkowymi o charakterze nacyniowym na skórze czoła i owłosionej skórze głowy w oczekiwaniu na wynik PET zastosowano metotreksat 10 mg/tydzień w skojarzeniu z prednizonem, uzyskując ustąpienie zmian skórnych. W PET-CT uwidoczono aktywny metabolicznie węzeł chłonny szyjny. Po konsylium onkologicznym chorą zakwalifikowano do chemioterapii systemowej wg schematu CHOP. Po 6 kursach leczenia uzyskano pełną remisję zmian skórnych, jednak z uwagi na zajęcie wyjściowo, oprócz skóry, pojedynczego węzła chłonnego oraz wysoki indeks proliferacyjny — Ki 67 100%, u pacjentki rozważana jest kwalifikacja do autologicznego przeszczepienia komórek macierzystych.

Wnioski: Obie pacjentki pomimo tego samego rozpoznania na podstawie badania histopatologicznego i immunocytochemicznego prezentują odmienny fenotyp zmian skórnych i różny przebieg kliniczny.

PLAMICA NIEPALPACYJNA — SKÓRNY MARKER CHORÓB UKŁADOWYCH. PRZYPADK AMYLOIDOZY AL

Katarzyna Wolska-Gawron¹, Bartłomiej Wawrzycki¹, Andrzej Prystupa², Monika Podhorecka³, Dorota Krasowska¹

¹Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej w Lublinie

²Klinika Chorób Wewnętrznych SPSK1 w Lublinie

³Klinika Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku SPSK1 w Lublinie

Wstęp: Układowa amyloidoza łańcuchów lekkich (AL) jest klonalną chorobą nowotworową należąca do dyskracji plazmocytów, w której dochodzi do odkładania fragmentów łańcuchów lekkich immunoglobulin w tkankach (serce, nerki, wątroba). Objawy kliniczne, rokowanie i śmiertelność w amyloidozie uzależnione są od rodzaju zajętych narządów wewnętrznych, z najgorszym rokowaniem w przypadku zajęcia mięśnia sercowego. Zajęcie skóry i błon śluzowych stwierdza się u do 30% pacjentów.

Materiał i metody: Prezentacja przypadku układowej amyloidozy AL w przebiegu szpiczaka mnogiego.

Opis przypadku: Pacjentka 68-letnia została przyjęta do kliniki chorób wewnętrznych z powodu osłabienia, utraty apetytu i znaczącego ubytku masy ciała celem diagnostyki. W badaniu klinicznym stwierdzono dolegliwości neuropatyczne (CTS), hepatomegalie, plamicę niepalpacyjną zlokalizowaną w obrębie okolic wyprzeniowych, powiększenie języka i wybroczyny błony śluzowej jamy ustnej. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższenie poziomu NT-proBNP (w echo serca: niewydolność serca z zachowaną frakcją wyrzutową), ALP, OB, niedokrwistość, nieznaczne podwyższenie poziomu kreatyniny, obniżenie eGFR oraz białko monoklonalne w elektroforezie z nieprawidłowym stosunkiem łańcuchów kappa/lambda odpowiadającym gammadopatii monoklonalnej. W kontekście obrazu klinicznego, zgłaszanych dolegliwości, wyniki

badań laboratoryjnych przemawiały za rozpoznaniem amyloidozy AL, którą potwierdzono biopsją skóry z użyciem barwienia czerwieńią Kongo. W trepanobiopsji szpiku stwierdzono nacieki z plazmocytozą stanowiące 80% utkania szpiku, na podstawie czego rozpoznano szpiczaka plazmocytozy IgA lambda z towarzyszącą amyloidozą AL. Pacjentka zmarła po 3 miesiącach w wyniku niewydolności wielonarządowej.

Wnioski: Diagnostyka i leczenie chorych na układową amyloidozę AL wymaga interdyscyplinarnego podejścia oraz współpracy specjalistów wielu dziedzin medycyny ze względu na różnorodny tropizm narządowy patogennych łańcuchów lekkich. Mając na uwadze bardzo niecharakterystyczne dolegliwości i objawy amyloidozy, manifestacje skórne mogą stanowić pomocniczą rolę w diagnostyce różnicowej jednostki.

19-LETNIA CHORA Z ZESPOŁEM EHLERSA-DANLOSA TYPU HEDS (HIPERHMOBILE EHLERS SYNDROME)

Magdalena Grusiecka

Opis przypadku: Przedstawiamy 19 letnią chorą z zespołem Ehlersa-Danlosa typu hEDS (*hiperhmobile Ehlers syndrome*), dotychczas nieleczoną psychiatrycznie, która zgłosiła się do kliniki z powodu towarzyszących chorobie zaburzeń nastroju, uczucia zniechęcenia, płaczliwości, wystąpienia niepokoju, lęku, trudności z koncentracją i zapamiętywaniem, uczucia napięcia wewnętrznego, wystąpienia myśli samobójczych i samookaleczeń w okolicach klatki piersiowej. Chora z typowym przebiegiem i objawami hEDS takimi jak: Chroniczne bóle i nadmierna ruchliwość stawów, skóra podatna na zasinienia, obicia, obrzęki, słabe i bardzo powolne gojenie się ran, mięsiste zmiany na skórze w rejonach stałego ucisku, częste zapalenia i chroniczne bóle mięśni szkieletowych, urazy stawów — zwichnięcia, złamania. Początki objawowe choroby w wieku 7 lat: chroniczne bóle i zawroty głowy. Ponadto nasilenie dolegliwości bólowych po aktywności fizycznej, nadmierna męczliwość, pęcherz neurogeny oraz nietolerancje pokarmowe i zaburzenia pamięci.

Wdrożono diagnostykę psychiatryczną: Podstawowy wywiad psychiatryczny w oparciu o kwestionariusz SCID_V (DSMV). Wykonano Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9, uzyskano 17 pkt; Skala Depresji Becka BDI — 25 pkt; Skala Depresji Hamiltona HDS 16 — pkt; Kwestionariusz Lęku Uogólnionego GAD 7 — 15 pkt.

Wyniki: Postawiono rozpoznanie: zaburzenia depresyjno-lękowe. Wdrożono leczenie: escitalopram 10 mg, po dwóch tygodniach intensyfikacja dawki do 15 mg, po 4 tygodniach do 20 mg. Pacjentka rozpoczęła terapię behawioralno-poznawczą, sesja 1 × tygodniu 60 min. W wyniku zastosowanego leczenia uzyskano poprawę stanu psychicznego pacjentki: ustały epizody samookaleczenia, ustąpiły myśli samobójcze, nastąpiła poprawa w zakresie nastroju, mniejsze nasilenie lęku.

Powtórzono badania diagnostyczne uzyskując następujące wyniki: PHQ9 — 13 pkt; BDI — 19 pkt; Skala HDS — 13 pkt; GAD 7 — 10 pkt.

Wnioski: Zastosowane leczenie farmakologiczne i wdrożenie terapii CBT potwierdza skuteczność w leczeniu zaburzenia depresyjno-lękowego w przebiegu zespołu Ehlersa-Danlosa.

GUZ ABRIKOSOWA — PREZENTACJA PRZYPADKU KLINICZNEGO RZADKO WYSTĘPUJĄCEGO GUZA JĘZYKA

Urszula Balicka¹, Martyna Sławińska^{2,*}, Wojciech Biernat³, Michał Sobjanek^{2,*}

¹Dermatologiczne Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

³Katedra i Zakład Patomorfologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

*Opiekunowie pracy

Wstęp: Guz Abrikosowa (guz ziarnistokomórkowy; *granular cell myoblastoma*) to rzadki nowotwór tkanek miękkich, który wywodzi się z komórek Schwanna. Najczęściej rozwija się u kobiet pomiędzy 40. a 60. rokiem życia. Nowotwór może dotyczyć różnych okolic anatomicznych, jednak 45–65% przypadków dotyczy głowy i szyi, głównie języka. Klinicznie prezentuje się jako asymptomatyczny, wolno rosnący, spisty, wyraźnie odgraniczony od tkanek otaczających guzek lub guz barwy żółto-szarej lub różowo-cielistej.

Materiał i metody: Przedstawienie obrazu klinicznego, dermoskopowego i histopatologicznego rzadko występującego guza języka.

Wyniki: Pacjentkę 28-letnią konsultowano z powodu bezbarwnikowego, spistego, niebolesnego guza języka. Zmiana pojawiła się około 2 lata wcześniej i stopniowo powiększała się. Obraz histopatologiczny pobranego wycinka próbnego potwierdził rozpoznanie guza Abrikosowa. Pacjentkę skierowano do Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej celem leczenia chirurgicznego.

Wnioski: Świadomość istnienia tej rzadko występującej jednostki chorobowej jest istotna, ponieważ zmiany często rozpoznawane są przypadkowo podczas badania jamy ustnej. Preferowaną metodą leczenia jest wycięcie chirurgiczne z szerokim marginesem tkanek makroskopowo niezmiennych. Rokowanie jest zwykle pomyślne; złośliwe guzy ziarnistokomórkowe występują niezwykle rzadko (1–3%).

CHOROBA KYRLEGO — PREZENTACJA OBRAZU KLINICZNEGO, DERMOSKOPOWEGO I HISTOPATOLOGICZNEGO RZADKO WYSTĘPUJĄCEJ JEDNOSTKI CHOROBOWEJ

Magdalena Antoszevska¹, Martyna Sławińska^{1,*}, Wojciech Biernat², Michał Sobjanek^{1,*}

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Zakład Patomorfologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

*Opiekunowie pracy

Wstęp: Choroba Kyrlego jest rzadkim schorzeniem należącym do spektrum dermatoz perforujących, manifestującym się występowaniem rumieniowo-hiperkeratocyticznych grudek, blaszek i guzków z towarzyszącym świadem skóry. Zmiany najczęściej umiejscowione są na wyprostnej powierzchni podudzi, jednak mogą dotyczyć dowolnej okolicy anatomicznej. Schorzenie może występować w przebiegu innych chorób przewlekłych — najczęściej cukrzycy, niewolności nerek, chorób wątroby — lub mieć charakter izolowany. W literaturze światowej istnieją jedynie pojedyncze doniesienia na temat roli dermoskopii w diagnostyce choroby Kyrlego.

Materiał i metody: Przedstawienie obrazu klinicznego, dermoskopowego i histopatologicznego rzadko występującej choroby skóry.

Wyniki: Pacjentkę 82-letnią konsultowano z powodu zmian rumieniowo-naciekowo-nadżerkowych oraz guzków skóry obu podudzi z towarzyszącym nasilonym świadem skóry. Zmiany skórne pojawiły się po raz pierwszy około 10 miesięcy wcześniej i stopniowo nasilały się. Pacjentka obciążona była cukrzycą typu 2, niedoczynnością tarczycy, nadciśnieniem tętniczym, miażdżycą tętnic szyjnych, stenozą aortalną oraz przewlekłą hiponatremią. W obrazie dermoskopowym zmian skórnych uwidoczniło się żółte kropki z białym halo, biało-różowe i brązowe obszary bezstrukturalne, nacynia w kształcie kropek, globularne i liniowe o nieregularnym przebiegu oraz opisywany wcześniej w literaturze wzorec koncentryczny (3-/4-zonal concentric pattern). Na podstawie badania histopatologicznego pobranego wycinka skóry potwierdzono rozpoznanie choroby Kyrlego. Zastosowano leczenie miejscowymi glikokortykosteroidami oraz miejscowymi środkami keratolitycznymi z dobrym efektem klinicznym.

Wnioski: Rozpoznanie choroby Kyrlego należy uwzględnić w diagnostyce różnicowej dermatoz przebiegających ze świadem skóry. Dermoskopia jest pomocna w ukierunkowaniu diagnozy klinicznej. Ostateczne rozpoznanie oparte jest na ocenie histopatologicznej.

OBRAZ KLINICZNY I DERMOSKOPOWY MICROCYSTIC ADNEXAL CARCINOMA — PREZENTACJA RZADKO WYSTĘPUJĄCEGO GUZA PRZYDATKOWEGO

Karol Kołkowski¹, Martyna Sławińska², Monika Sikorska², Wojciech Biernat³, Małgorzata Sokołowska-Wojdyło²

¹Dermatologiczne Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

³Katedra i Zakład Patomorfologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: *Microcystic adnexal carcinoma* (drobnotorbielowaty rak przydatkowy) to rzadko występujący nowotwór skóry, występujący głównie

w obrębie głowy i szyi u osób w średnim i starszym wieku. Klinicznie manifestuje się jako wolno rosnący, asymptomatyczny, nieowrzodzący guzek lub blaszka koloru białą-żółtego. Rozpoznanie opiera się na korelacji obrazu klinicznego, dermoskopowego i histopatologicznego. Leczenie opiera się na wycięciu chirurgicznym z oceną radykalności resekcji. Po leczeniu chirurgicznym zalecana jest ścisła obserwacja pacjenta pod kątem wznowy miejscowej. Rzadko opisywano występowanie przerzutów, głównie do regionalnych węzłów chłonnych.

Materiał i metody: Przedstawienie obrazu klinicznego, dermoskopowego i histopatologicznego rzadko występującego guza przydatkowego.

Wyniki: Pacjenta 43-letniego konsultowano z powodu bezbarwnikowego guzka skóry czoła. Zmiana była obecna od wielu lat, jednak na przestrzeni kilku lat poprzedzających konsultację powiększyła się. Obraz histopatologiczny pobranego wycinka próbnego sugerował rozpoznanie *syringoma* lub *syringomatous carcinoma*. Guz wycięto w całości, co pozwoliło na ostateczne rozpoznanie *microcystic adnexal carcinoma*.

Wnioski: W przypadku podejrzenia *microcystic adnexal carcinoma* wskazane jest pobranie reprezentatywnego biopsatu, który zawiera również tkankę podskórną. Pobranie zbyt powierzchownego, drobnego fragmentu guza w około 25% przypadków prowadzi do początkowego rozpoznania *syringoma*, *desmoplastic trichoepithelioma* lub raka podstawonokomórkowego skóry. Po radykalnym leczeniu chirurgicznym wskazana jest długoterminowa obserwacja pacjenta.

RÓŻNE OBLICZA PIODERMII ZGORZELINOWEJ

Adrian Szymański¹, Dawid Niżyński¹, Zuzanna Piętuńska¹, Adam Zalewski¹, Joanna Maj^{1,2}

¹Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

²Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii

Wstęp: Piodermia zgorzelinowa (*pyoderma gangrenosum*) jest chorobą zapalną o niejasnej etiologii charakteryzującą się masywnym niszczącym naciekaniem z neutrofilów oraz z wtórnym uszkodzeniem naczyń. Pierwotnym wykwitem często jest guzek lub krostka, który przekształca się w szybko postępujące owrzodzenie.

Opis przypadków: Studium 4 przypadków przedstawiających różne oblicza piodermii zgorzelinowej pacjentów hospitalizowanych w Klinice Dermatologii i Wenerologii USK we Wrocławiu w latach 2021–2022: 63-letniego mężczyzny z gwałtownie postępującym owrzodzeniem obejmującym całą powierzchnię policzka prawego, z obecnością sinoczerwonego, twardego nacieku zapalnego wokół. Pierwotna zmiana o charakterze guzka podskórnego 70-letniej kobiety z owrzodzeniem na skórze pleców w okolicy łopatkowej lewej o średnicy około 25 cm oraz dwoma mniejszymi owrzodzeniami o średnicy 10 i 7 cm po stronie prawej. Pierwotny wykwit zlokalizowany na skórze pleców o charakterze rumieniowej plamy przekształcił się w zapalny guz, który w wyniku pęknięcia zapoczątkował szybko szerząc się owrzodzenie. 51-letniej kobiety z rozległym i głębokim owrzodzeniem na stopy lewej. Pierwotny wykwit w postaci bordowo-rumieniowej plamy, która wkrótce rozwinęła się w martwiczą krostę. 55-letniej kobiety z owrzodzeniami na podudziach o wielkości od 2 do 5 cm położonymi symetrycznie o intensywnie zaczerwienionych brzegach. Pierwszymi objawami było zaczerwienienie skóry podudzi, z towarzyszącym obrzękiem i bolesnością.

Wnioski: Piodermia zgorzelinowa może mieć różne oblicza, dlatego powinna być uwzględniana przy różnicowaniu niejednoznacznie prezentujących się zmian skórnych.

A TO PODSTĘPNA MAŁPA... PRZYPADK 37-LETNIEGO MĘŻCZYZNY Z MAŁPIĄ OSPĄ

Aleksandra Czachor, Aleksandra Kapuśniak, Grażyna Wąsik

Szpital Wojewódzki w Opolu

Wstęp: Ospa małpia jest rzadką, wysoce zakaźną odzwierzęcą zoonozą. Poprzez bliski kontakt, w tym seksualny, może się przenosić z człowieka na człowieka. Wywołuje ją wirus ospy małpiej (MPXV) należący do rodzaju Orthopoxvirus. Do niedawna, poza nielicznymi przypadkami, choroba występowała głównie w środkowej i zachodniej Afryce. W 2022 roku zanotowano kilkaset przypadków małpiej ospy w Europie. Celem pracy

jest przedstawienie rzadkiego przypadku małpiej ospy u 37-letniego mężczyzny w Polsce.

Opis przypadku: Do poradni wenerologicznej dnia 8.08.2022 r. zgłosił się 37-letni mężczyzna. Dnia 3.08 doszło u niego do powiększenia węzłów chłonnych pachwinowych, któremu towarzyszyła bolesność. Pacjent podawał nagły wysiew zmian o charakterze rumieniowo-grudkowym z wyraźnym pępkiowatym zagłębieniem w części centralnej w okolicy wżgórka łonowego. Wszystkie wykwity były w tym samym okresie rozwoju. Miały charakter monomorficzny. Ponadto na żołądki i rowku żołądkiem stwierdzono wysztancowane owrzodzenia. Zmianom skórnym towarzyszył świąd i bolesność. Dzień wcześniej pacjent zagończył do 39 st. C. W wywiadzie dnia 11.07 wystąpiła gorączka do maks. 39 st. C, ogólne osłabienie oraz powiększenie węzłów chłonnych przednich szyjnych i podżuchwowych. Gorączka po kilku dniach ustąpiła. Pacjent pozostawał w związku ze stałą partnerką (zdrową, bez objawów). Kontaktom ryzykownym i przygodnym zaprzeczał. W ostatnim czasie nie podróżował za granicę kraju. Nie był szczepiony przeciwko ospie prawdziwej. W dzieciństwie chorował na ospę wietrzną. Na COVID-19 nie chorował, szczepiony przeciw COVID-19 2-krotnie. Innym chorobom wenerycznym zaprzeczał. Pacjenta z podejrzeniem małpiej ospy pilnie skierowano do oddziału chorób zakaźnych.

Wyniki: W oddziale potwierdzono małpią ospę na podstawie dodatniego wyniku badania sekwencji genomu wirusa metodą PCR z surowicy krwi oraz wymazu ze zmiany skórnej. Podczas hospitalizacji wykluczono inne choroby weneryczne (kiłę, rzeżączkę, WZWB, WZWC, HIV). Ponadto w badaniach laboratoryjnych stwierdzono nieznacznie podwyższone CRP, niewielką niedokrwistość normocytarną. W wymazie z cewki moczowej wyhodowano *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis* oraz *Escherichia coli*. W leczeniu zastosowano empiryczną antybiotykoterapię oraz leczenie objawowe. W trakcie hospitalizacji gorączka ustąpiła, zmiany skórne ulegały inwolucji, w większości pokryte były strupem, bez pojawienia się świeżych wykwitów. Pacjenta w 5. dobie wypisano do domu z zaleceniem domowej izolacji 11 dni oraz kontroli w poradni chorób zakaźnych.

Wnioski: Przedstawiamy niezwykle ciekawy przypadek, dotyczący rzadkiej choroby w Polsce oraz istotne informacje co do postępowania w przypadku podejrzenia małpiej ospy. Jako lekarze dermatolodzy-wenerolodzy musimy na bieżąco poszerzać naszą wiedzę oraz aktualność z zakresu chorób zakaźnych oraz chorób tropikalnych.

OBRAZ DERMOSKOPOWY CZERNIAKA AKRALNEGO — SERIA PRZYPADKÓW KLINICZNYCH

Aleksandra Gładys, Grażyna Kamińska-Winciorek

Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii; Zespół ds. Raka i Czerniaka Skóry, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Gliwicach

Wstęp: Czerniak akralny (AM, *acral melanoma*) jest rzadkim podtypem czerniaka występującym w dystalnych częściach kończyn, zazwyczaj na dłoniach i stopach. Brak związku z ekspozycją na słońce i wywiadem rodzinnym oraz różnice w częstości występowania mutacji w obrębie guza są przyczyną, dla których przypadki AM stanowią szczególną grupę pacjentów. Leczenie AM nie różni się od postępowania w innych podtypach czerniaka. Najczęstszym obrazem dermoskopowym AM jest wzorec równoległy pogrubiały (PRP, *parallel ridge pattern*) oraz dodatnia punktacja w algorytmie BRAAFF.

Materiał i metody: W niniejszej pracy opisano cztery przypadki AM u pacjentów w wieku 66–80 lat (50% mężczyzn) leczonych w Narodowym Instytucie Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Gliwicach.

Wyniki: U wszystkich pacjentów zmiana pierwotna była zlokalizowana w obrębie skóry stopy. U dwójga z nich w momencie przyjęcia stwierdzono przerzuty w regionalnych węzłach chłonnych. W badaniu histopatologicznym we wszystkich przypadkach stwierdzono owrzodzenie. Liczba figur mitotycznych na 1 mm² wynosiła od < 1 do 48, grubość nacieku wg Breslowa od 2,1 do 10 mm, głębokość naciekania wg Clarka od III do V. Najczęstszym wzorcem dermoskopowym był bezstrukturalny, barwy różowej i czerwonej, z obecnym objawem przyklejonego włókna.

Wnioski: Pacjenci z czerniakiem akralnym mogą wymagać szczególnej uwagi ze względu na nietypowy obraz kliniczny i możliwe opóźnienie w procesie diagnostycznym. W grubych czerniakach akralnych, także w typie guzkowym, należy pamiętać o możliwym występowaniu innych niż PRP wzorców dermoskopowych, w tym dotychczas rzadko opisywanych jako bezstrukturalny.

MAŁPIA OSPA — OPIS PRZYPADKU

Agnieszka Pszczółkowska, Adam Reich

Klinika Dermatologii, Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie

Wstęp: Małpia ospa jest zakaźną chorobą wywoływaną przez wirus z rodzaju Orthopoxvirus. Jest to choroba odzwierzęca przekazywana przez gryzonie, jednak obserwowane są przypadki przeniesienia wirusa z człowieka na człowieka drogą kropelkową lub z wydzielinami i krwią w trakcie bezpośredniego kontaktu z osobą zakażoną. Początkowo infekcja objawia się wysoką gorączką, limfadenopatią, astenią, bólami głowy i pleców. Następnie po ok. 1–3 dniach pojawiają się wykwity skórne, które ewoluują od plamki, przez grudkę, pęcherzyk do ostatniego stadium jakim są krosty, które po kilku dniach przysychają tworząc strupy.

Opis przypadku: 40-letni mężczyzna został przyjęty w trybie pilnym do kliniki dermatologii z powodu występujących od 5 dni zmian skórnych okolicy genitalnej z towarzyszącymi objawami ogólnym w postaci gorączki oraz osłabienia. Pacjent o orientacji homoseksualnej, negował przypadkowe stosunki seksualne. Przy przyjęciu stwierdzono na prąciu oraz w okolicy wzgóрка łonowego białe krosty oraz grudki, część zmian z obecnym pępkowatym wgłębieniem lub owrzodzeniem w części centralnej. Zmianom skórnym towarzyszył masywny rumień i obrzęk prącia oraz uogólniona limfadenopatia. W trakcie pobytu u pacjenta zdiagnozowano zakażenie HIV. Biorąc pod uwagę morfologię zmian sugerującą infekcję wirusową oraz doniesienia o wzroście zachorowań na małpią ospę w Europie, pobrano materiał kliniczny do badań biologii molekularnej w kierunku zakażenia MPXV, uzyskując wynik pozytywny.

Wnioski: Pomimo że małpia ospa była dotychczas jednostką chorobową występującą endemicznie w rejonach Afryki, z uwagi na obecną dynamiczną sytuację epidemiologiczną należy brać ją pod uwagę w diagnostyce różnicowej grudek chorób skóry.

BOLESNE GUZKI SKÓRY — DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA W OPARCIU O SERIĘ PRZYPADKÓW KLINICZNYCH

Anna Zaryczańska, Martyna Sławińska*, Magdalena Trzeciak, Michał Sobjanek*

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

*Opiekunowie pracy

Wstęp: Bolesne guzki skóry są stosunkowo rzadko spotykane w praktyce klinicznej. W diagnostyce różnicowej uwzględnić należy przede wszystkim guzy "LEND AN EGG": leiomyoma, eccrine spiradenoma, neuroma, dermatofibroma, angioliopoma, neurilemoma, endometrioma, glomus tumor, and granular cell tumor.

Materiał i metody: Przedstawienie serii przypadków pacjentów diagnozowanych i leczonych z powodu bolesnych guzków skóry w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Wyniki: U większości pacjentów zmiany miały charakter pojedynczych guzków, u jednego chorego mnogich zmian umiejscowionych w jednym obszarze anatomicznym. Ostateczne rozpoznanie stawiano na podstawie wyniku histopatologicznego.

Wnioski: Dermoskopia może być pomocnym narzędziem w diagnostyce bolesnych guzków skóry. Ostateczne rozpoznanie stawiane jest na podstawie badania histopatologicznego.

ŁUSZCZYCA INDUKOWANA CERTOLIZUMABEM PEGOL — OPIS PRZYPADKU

Justyna Rajchert, Magdalena Kiedrowicz, Mariola Marchlewicz

Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych PUM

Wstęp: Łuszczyca to przewlekła choroba zapalna skóry o złożonej etiopatogenezie. W rozwoju zmian skórnych biorą udział czynniki genetyczne, immunologiczne, środowiskowe, a pod wpływem infekcji,

stosowanych leków, stresu może dochodzić do nasilenia lub pierwotnej manifestacji choroby. W literaturze opisywano przypadki polekowej łuszczycy indukowanej: solami litu, lekami antymalarycznymi, beta-blokerami, inhibitorami TNF- α .

Materiał i metody: W pracy przedstawiono przypadek chorej leczonej certolizumabem pegol z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów, u której w trakcie leczenia biologicznego wystąpiły zmiany skórne łuszczycopodobne.

Opis przypadku: Pacjentka 54-letnia, chorująca na reumatoidalne zapalenie stawów, leczona certolizumabem przez 3 miesiące. Po 6 tygodniach terapii obserwowano wystąpienie rozszanych zmian łuszczycopodobnych z towarzyszącym świądem. Wywiad rodzinny w kierunku łuszczycy negatywny. W badaniu histopatologicznym ze zmian skórnych stwierdzono obraz odpowiadający rozpoznaniu łuszczycy. Z uwagi na znaczne nasilenie zmian skórnych zakończono leczenie certolizumabem, włączono tocilizumab i kontynuowano doustnie leczenie metyloprednizolonem, chlorochiną, a miejscowo stosowano łączone preparaty betametazonu z kalcyptriolem. Ponadto włączono doustnie metotreksat w dawce początkowej 5 mg/tydzień, z uwagi na złą tolerancję w przeszłości.

Wyniki: Po zmianie terapii nie obserwowano poprawy stanu miejscowego, odstawił metotreksat, ponownie modyfikowano terapię biologiczną; rozpoczęto leczenie tofacytynibem. Po 3 tygodniach stosowania leku stwierdzono znaczną redukcję zmian skórnych. Chora pod kontrolą reumatologiczną kontynuuje leczenie biologiczne, w leczeniu dermatologicznym stosuje jedynie emolienty.

Wnioski: Na podstawie przeglądu literatury i przykładzie pacjentki można stwierdzić, że odstawienie inhibitora TNF- α nie gwarantuje całkowitego ustąpienia łuszczycy indukowanej. Decyzja o modyfikacji terapii musi uwzględniać ogólny stan kliniczny pacjenta, nasilenie choroby podstawowej, dostępne opcje terapeutyczne. W początkowym okresie leczenia warto rozważyć zastosowanie miejscowych preparatów przeciwzapalnych lub dołączenie metotreksatu.

POKRZYWKA INDUKOWANA ZIMNEM — CZY TO TYLKO POKRZYWKA FIZYKALNA?

Mikołaj Cichoń, Jan. M. Zaucha, Magdalena Trzeciak

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wstęp: Pokrzywka wywołana zimnem stanowi około 1/3 przewlekłych pokrzywek indukowanych. W rzadkich przypadkach może być jednym z objawów sugerującym choroby genetyczne, do których zalicza się między innymi wrodzone zespoły autozapalne spowodowane mutacjami w genach regulujących procesy zapalne. Przykładem takiej choroby jest dziedziczny zespół gorączki okresowej związany z mutacją w genie NLRP12.

Materiał i metody: Przedstawienie obrazu klinicznego pacjentki z mutacją w genie NLRP12, u której w przebiegu ekspozycji na zimno dochodzi do rozwoju zmian pokrzywkopodobnych.

Opis przypadku: 28-letnia pacjentka z rozpoznaną chorobą Behçeta, tocznieniem rumieniowatym układowym, zespołem antyfosfolipidowym oraz miastenią była leczona w Klinice Hematologii i Transplantologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. W wywiadzie chorobowym zwraca uwagę występowanie u pacjentki od ponad 11 lat na skórze kończyn górnych i dolnych wykwitów pokrzywkopodobnych, których okresowe pojawianie się chora wiąże ściśle z ekspozycją na zimno. W miejscach pojawiania się zmian skórnych pacjentka odczuwa ból oraz pieczenie. Wykwitom skórnym towarzyszą epizody nawracających gorączek o niewyjaśnionej etiologii, trwające od 1 do 7 dni i niereagujące na podaż niesteroidowych leków przeciwzapalnych oraz bóle i obrzęki stawów, bóle mięśniowe, bóle głowy. Ponadto, pacjentka podaje wieloletnie, przewlekłe występowanie aft w jamie ustnej. W przeprowadzonym u pacjentki badaniu genetycznym stwierdzono mutację w genie NLRP12.

Wnioski: W diagnostyce różnicowej pokrzywki z zimna należy uwzględnić choroby autozapalne. Pokrzywka z zimna może być jednym z pierwszych objawów złożonych zespołów chorobowych, z jakimi pacjent zgłosi się do lekarza.

OBRAZ CHOROBY ROSAI-DORFMANA W POPULACJI PEDIATRYCZNEJ — STUDIUM PRZYPADKU KLINICZNEGO

Anna Płaszczyńska¹, Martyna Sławińska^{1,*}, Wojciech Biernat², Michał Sobjanek^{1,*}

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Zakład Patomorfologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

*Opiekunowie pracy

Wstęp: Choroba Rosai-Dorfmana (RDD, *Rosai-Dorfmann disease*) jest rzadkim schorzeniem z grupy histiocytoz o heterogennym obrazie klinicznym. Najczęstszą manifestacją kliniczną jest masywna, obustronna, niebolesna limfadenopatia szyjna. W około 40% przypadków obserwuje się manifestację pozawęzłowe choroby, w tym w około 10% — zajęcie skóry. Izolowana skórna postać RDD występuje niezwykle rzadko. Zmiany skórne mają zwykle postać asymptomatycznych, wolno rosnących guzków, guzków lub blaszek koloru żółtego, czerwonego lub brązowego.

Materiał i metody: Przedstawienie obrazu klinicznego, dermoskopowego i histopatologicznego RDD.

Opis przypadku: Pacjenta 4-letniego konsultowano z powodu bezbarwnikowego guzka skóry okolicy kroczka. Zmiana pojawiła się kilka miesięcy wcześniej i wykazywała niespecyficzny obraz kliniczny i dermoskopowy, stąd została wycięta diagnostycznie.

Wyniki: Na podstawie badania histopatologicznego rozpoznano RDD. W toku poszerzonej diagnostyki nie stwierdzono systemowych manifestacji choroby.

Wnioski: RDD jako rzadka jednostka nozologiczna stanowi wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne. Rozpoznanie to należy brać pod uwagę podczas diagnostyki różnicowej różowych guzków. Pacjent po rozpoznaniu skórnej postaci RDD wymaga oceny w kierunku możliwych manifestacji układowych schorzenia.

AKROKERATOELASTOIDOSIS – PREZENTACJA PRZYPADKU I PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA

Urszula Balicka¹, Martyna Sławińska^{2,*}, Wojciech Biernat³, Roman Nowicki², Michał Sobjanek^{2,*}

¹Dermatologiczne Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

³Katedra i Zakład Patomorfologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Akrokeratoelastoidosis (AKE) jest bardzo rzadką formą rogowca dłoni i podeszew. Najczęściej rozpoczyna się w dzieciństwie bądź u młodych dorosłych. Klinicznie prezentuje się jako liczne, połyskujące, białe-żółte grudki zlokalizowane na brzożnych powierzchniach skóry rąk i stóp, zazwyczaj symetrycznie. Patogeneza choroby nie jest znana. Przypuszcza się, że związana jest z upośledzoną funkcją fibroblastów, produkujących nieprawidłowe włókna sprężyste.

Materiał i metody: Przedstawienie obrazu klinicznego, dermoskopowego i histopatologicznego rzadko występującego rogowca dłoni i podeszew.

Opis przypadku: Pacjentka 37-letnia zgłosiła się do poradni dermatologicznej z powodu licznych, połyskujących, białe-żółtych guzków na skórze bocznej i przyśrodkowej powierzchni obu rąk. Zmiany po raz pierwszy zauważyła około 12 miesięcy wcześniej. Z tego powodu zasięgała porad u kilku dermatologów, jednak nie postawiono ostatecznego rozpoznania. Zmiany były asymptomatyczne, bez prób wcześniejszego leczenia. Ze względu na niepokój onkologiczny u pacjentki zlecono uprzednio szereg badań dodatkowych (laboratoryjnych, obrazowych), w których nie stwierdzono odchyłań od normy. Wywiad odnośnie chorób przewlekłych/ przyjmowanych leków był ujemny. W diagnostyce różnicowej brano pod uwagę *acrokeratoelastoidosis*, *keratoelastoidosis marginalis of hands*, *focal acral hyperkeratosis*, *aquagenic keratoderma*, *acrokeratosis verruciformis of Hopf* oraz kępki żółte dłoni. W badaniu histopatologicznym stwierdzono obraz mogący odpowiadać sugestii AKE.

Wnioski: Ze względu na asymptomatyczny charakter choroby większość pacjentów zasięga opinii dermatologa dopiero kilka lat po pojawieniu się zmian. Przesłanką do podjęcia leczenia są jedynie względy

estetyczne, ponieważ AKE zazwyczaj przebiega bezobjawowo i nie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem transformacji nowotworowej. W terapii miejscowej stosowano GKS, kwas salicylowy, tretinoinę, kriochirurgię, a w systemowej — GKS, metotreksat, dapson, antybiotyki oraz retinoidy. Zwykle jednak efekty leczenia nie są w pełni satysfakcjonujące lub efekt jest przejściowy z nawrotem zmian po zaprzestaniu leczenia.

ERYTHEMA GYRATUM REPENS W PRZEBIEGU ZAKAŻENIA BORRELIA BORGDOFFERI

Karina Polak¹, Aleksandra Frątczak², Bartosz Mizolek², Beata Bergler-Czop²

¹Szkoła Doktorska, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Katedra i Klinika Dermatologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Opis przypadku: 32-letnia kobieta zgłosiła się do oddziału dermatologii z powodu rozległych, powiększających się, rumieniowo-obrzękowych zmian w obrębie całego ciała, występujących od 8 dni. Przed przyjęciem zmiany zostały określone przez lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej jako pokrzywka, a pacjentka przez 4 dni otrzymywała i.m. deksametazon w dawce 8 mg/dobę, następnie doustnie przez 4 dni metyloprednizolon w dawce 32 mg/dobę oraz podczas leczenia glikokortykosteroidami p.o. desloratadynę w dawce 20 mg/dobę. W wywiadzie pacjentka podawała przebiec zakażenia wirusowego zapalenia wątroby typu B w 2007 roku (pod stałą opieką poradni chorób zakaźnych, bez przebytego leczenia) oraz przebiec appendektomii w 8 r.z.; poza tym negowała inne choroby. Na stałe od 15 lat przyjmowała doustnie preparat wspomagający funkcjonowanie wątroby, zawierający wyciąg z kory kaparów ciernistych, ziaren cykorii podróżnik, psolanki czarnej, kory migdałecznika, ziaren strączyńca, ziaren krwawnika, tamaryszka francuskiego, żelazo. Pacjentka nie podawała żadnych dolegliwości związanych ze światłem lub bólem; w badaniu fizykalnym poza zmianami skórnymi nie stwierdzono odchyłań. W badaniach laboratoryjnych przy przyjęciu stwierdzono leukocytozę (12,5 tys/ul), zwiększone stężenie glukozy (5,87 mmol/l), CRP (32 mg/l) oraz markera CA-125 (57 U/ml). W związku z brakiem odpowiedzi na dotychczasowe leczenie oraz klinicznym obrazem wykwitów wysunięto podejrzenie *erythema gyratum repens* — pobrano wycinek z rejonu uda do badania histopatologicznego, dodatkowo oznaczono przeciwciała ANA (wynik ujemny), wykonano próbę tuberkulinową (wynik ujemny) oraz oznaczono przeciwciała p/*Borrelia burgdorferi*, uzyskując dodatni wynik w klasie IgM oraz ujemny w klasie IgG. W związku z oznaczeniem markera CA-125 pacjentkę konsultowano ginekologicznie — wykluczono schorzenia w obrębie narządów rodnych. Wykonane dodatkowo badania obrazowe (RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej) nie wykazały odchyłań. Rozpoczęto dożylną terapię doksycyliną w dawce 200 mg/dobę, uzyskując po 48 godzinach znaczącą poprawę stanu dermatologicznego — pacjentkę wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem kontynuacji antybiotykoterapii doustnej.

Wnioski: *Erythema gyratum repens* stanowi rzadką jednostkę chorobową, u podłoża której w ok. 70% leży istnienie nowotworu (zespół paraneoplastyczny) – najczęściej płuca, piersi, przełyku, żołądka. Charakteryzuje się występowaniem koncentrycznych, przypominających słoje drewna, rumieniowych zmian, szerzących się obwodowo. Wśród nienowotworowych przyczyn powodujących występowanie zmian wymienia się m.in. łupież czerwony mieszkowy, łuszczycę, rybią łuskę, zespół CREST, reumatoidalne zapalenie stawów, infekcje mykobakteriami, zespół hipereozynofilowy, przebiec COVID-19 lub szczepienie przeciw COVID-19.

MONOSYMPMATYCZNA POSTAĆ ZESPOŁU MELKERSSONA-ROSENTHALA

Małgorzata Sadowska, Magdalena Pałdyna, Jagoda Stroynowska-Kosik, Ewelina Biało-Wójcicka

Oddział Dermatologii Dorosłych, Międzyzleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie

Wstęp: Zespół Melkerssona-Rosenthala to choroba ze spektrum ziarniakowego zapalenia ustno-twarzowego. W klasycznej postaci obejmuje triadę objawów: obrzęk warg lub innych części twarzy, porażenie nerwu

twarzonego oraz język pobrudzony. Postać pełnoobjawowa zdarza się stosunkowo rzadko — częściej występują postaci skąpoobjawowe lub postać monosymptomatyczna, którą stanowi obrzęk twarzy z potwierdzonym w badaniu histopatologicznym naciekiem zapalnym z nieserowaciejącymi ziarninikami.

Materiał i metody: Opis przypadku pacjentki z monosymptomatyczną postacią zespołu Melkerssona-Rosenthala.

Opis przypadku: 67-letnia pacjentka została przyjęta na Oddział Dermatologii Dorosłych celem diagnostyki i leczenia nawracających od 3 lat zmian obrzękowych w obrębie warg, błony śluzowej jamy ustnej oraz policzka prawego. Początkowo podejrzewano alergiczne podłoże zgłaszanych dolegliwości, jednak nie znaleziono czynnika wywołającego nawroty choroby. Pomimo stosowania ogólnie prednizolonu, leków przeciwhistaminowych i montelukastu zmiany obrzękowe utrwały się. Przy przyjęciu w obrębie twarzy widoczny był asymetryczny obrzęk obejmujący wargi, policzek prawy i śluzówkę jamy ustnej, a także nieznaczne powiększenie języka, bez zmian na jego grzbietowej powierzchni. W wykonanych badaniach laboratoryjnych i obrazowych nie stwierdzono nieprawidłowości. W obrazie histopatologicznym wycinka z wargi dolnej uwidoczono nacieki zapalne z obecnością nieserowaciejących ziarniników. Po konsultacji neurologicznej wykluczono objawy porażenia nerwu twarzonego i innych nerwów czaszkowych. Na podstawie przeprowadzonej diagnostyki rozpoznano ziarninikowe zapalenie warg — postać monosymptomatyczną zespołu Melkerssona-Rosenthala. Chorą konsultowano stomatologicznie i laryngologicznie — nie stwierdzono ognisk infekcji. Rozpoczęto leczenie dapsonem w dawce 50 mg/dobę w połączeniu z iniekcjami triamcynolonu, obserwując stopniową poprawę.

Wnioski: Postacie skąpoobjawowe zespołu Melkerssona-Rosenthala mogą stwarzać trudności diagnostyczne. Dotyczy to zwłaszcza postaci monosymptomatycznej manifestującej się jako ziarninikowe zapalenie warg. Początkowo choroba ma charakter nawracający, co może sugerować obrzęk nacynioruchowy lub kontaktowe zapalenie skóry. Nieskuteczność terapii lekami przeciwalergicznymi oraz utrwalenie się obrzęku powinno skłonić do wykonania badania histopatologicznego w celu potwierdzenia zapalenia ziarninikowego, a także do poszukiwania innych składowych zespołu.

RZADKI PRZYPADKOWY TOCZNIA RUMIENIOWATEGO OBRZĘKOWEGO U 7-LETNIEJ DZIEWCZYNI

Lilianna Leśniak-Jakubiec, Hubert Arasiewicz, Michał Dec, Barbara Szpyrka

Oddział Dermatologii i Leczenia Anomalii Naczyniowych dla Dzieci, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, Sosnowiec

Wstęp: Toczeń rumieniowaty obrzękowy (TLE, *tumid lupus erythematosus*) jest rzadko występującym wariantem przewlekłego skórno-tocznia rumieniowatego. Cechuje się korzystnym rokowaniem a do zachorowania dochodzi zazwyczaj pomiędzy 30. a 40. rokiem życia. Jego występowanie w populacji pediatrycznej jest niezwykle rzadkie. Prezentujemy przypadek dziewczynki 7-letniej z nawracającymi zmianami skórnymi zlokalizowanymi głównie w obrębie miejsc ekspozycyjnych na promieniowanie słoneczne.

Materiał i metody: Literatura w języku polskim i angielskim została wyselekcjonowana z pomocą wyszukiwarek PubMed, Medline, ScienCedirect, EMBASE i Cochrane do maja 2022 roku. Zaprezentowano przypadek 7-letniej pacjentki z tocznieniem rumieniowatym obrzękowym pozostającej w obserwacji Oddziału i Poradni Dermatologii Centrum Jana Pawła II w Sosnowcu.

Wyniki: Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w populacji dziecięcej nie odbiega znacząco od postępowania w populacji dorosłych. W prezentowanym przypadku zastosowano doustną chlorochinę oraz takrolimus, uzyskując ustąpienie zmian z dobrą tolerancją leczenia.

Wnioski: Toczeń rumieniowaty obrzękowy pomimo niezwykle rzadkiego występowania w populacji dziecięcej powinien być brany pod uwagę w diagnostyce różnicowej. Pomocna w postawieniu rozpoznania poza badaniem histopatologicznym jest charakterystyczna lokalizacja w miejscach ekspozycyjnych na promieniowanie słoneczne. Leczenie chlorochiną w połączeniu z takrolimusem okazało się skuteczne i dobrze tolerowane.

FOLIKULOTROPOWY ZIARNINIAK GRZYBIASTY Z ZAJĘCIEM TKANEK OCZODOŁU — OPIS PRZYPADKU

Magdalena Komajda-Dobrowolska¹, Agnieszka Gerkowicz¹, Małgorzata Michalska-Jukubus¹, Joanna Pucuiła¹, Waldemar Tomczak², Marek Hus², Dorota Krasowska²

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

²Klinika Hemaonkologii i Transplantacji Szpiku SPSK 1 w Lublinie

Wstęp: Ziarninik grzybiasty (MF, *Mycosis fungoides*), najczęstszy pierwotny chłoniak skórny, zazwyczaj charakteryzuje się powolnym przebiegiem. Folikulotropowy podtyp MF w 80% przypadków lokalizuje się w okolicy głowy i szyi, a jego obraz kliniczny i rokowanie różni się od innych typów ziarniniaka grzybiastego.

Cel pracy: W pracy przedstawiono przypadek pacjentki z ziarninikiem grzybiastym, w przebiegu którego obserwowano naciekanie tkanek oczodołu oraz transformację wielkokomórkową.

Opis przypadku: Prezentowany opis przypadku dotyczy 70-letniej kobiety z rozpoznaniem folikulotropowym MF. W leczeniu stosowano acytretynę, metotreksat i chemioterapię ogólnoustrojową. Z uwagi na obserwowaną dalszą progresję choroby, transformację wielkokomórkową, rozwój zmian guzowatych w okolicy czołowej i naciekanie tkanek oczodołu, u pacjentki zastosowano brentuximab vedotin oraz radioterapię, uzyskując poprawę stanu klinicznego.

Wyniki i wnioski: Folikulotropizm jest istotną cechą histopatologiczną opisywaną w przebiegu MF, która może występować niezależnie od stopnia zaawansowania choroby i wiąże się z gorszą odpowiedzią na standardowe leczenie oraz niekorzystnym rokowaniem. W przypadku podejrzenia transformacji wielkokomórkowej u pacjenta z MF zalecane jest wykonanie ponownej biopsji i badania histopatologicznego.

POWIKŁANIA DERMATOLOGICZNE W TRAKCIE TERAPII INHIBITORAMI KINAZY BRUTONA

Paulina Klimek, Waldemar Placek, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek

Klinika i Katedra Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej, Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

Wstęp: Rola leczenia ukierunkowanego molekularnie i immunoterapii w leczeniu chorób nowotworowych wzrasta z roku na rok. Inhibitory kinazy Brutona są lekami wykorzystywanymi w terapii nowotworów hematologicznych m.in. u pacjentów z przewlekłą białaczką limfocytową.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie powikłań dermatologicznych inhibitorów kinazy Brutona na podstawie przypadków dwóch pacjentek leczonych onkologicznie.

Opis przypadków: Opis przypadku 1 — Pacjentka 80-letnia, z rozpoznaną w 2008 roku przewlekłą białaczką limfocytową, została przyjęta do Kliniki Dermatologii z powodu brunatnofioletowych zmian drobnogrudkowych oraz wykwitów trądzikopodobnych zlokalizowanych na twarzy, które pojawiły się po miesiącu od rozpoczęcia terapii ibrutinibem. Ze względu na pojawienie się działań niepożądanych leczenie onkologiczne zostało wstrzymane. W leczeniu zastosowano prednizon oraz doksycyklinę uzyskując poprawę stanu klinicznego. W trakcie hospitalizacji ze względu na niepokojący obraz dermoskopowy usunięto zmianę barwnikową na brzuchu. Badanie histopatologiczne potwierdziło rozpoznanie czerniaka.

Opis przypadku 2 — Kobieta 58-letnia, leczona akalabrutynibem od kilkunastu miesięcy z powodu chłoniaka z komórek płaszczą, zgłosiła się do Kliniki Dermatologii z powodu fioletowych guzków na kończynach dolnych. W badaniu histopatologicznym ze zmian guzkowych wykluczono nacieki chłoniaka z komórek płaszczą. W PET-CT w obrębie kończyn dolnych nie uwidoczono zmian skórnych widocznych w badaniu przedmiotowym.

Na podstawie historii choroby, wyników badań obrazowych, laboratoryjnych i wyniku badania histopatologicznego postawiono rozpoznanie odczynu polekowego wywołanego przez akalabrutynib.

Wnioski: W trakcie terapii ukierunkowanych molekularnie często dochodzi do rozwoju powikłań dermatologicznych. Świadomość charakteru, częstości występowania oraz podłoża molekularnego toksyczności skórnych daje możliwość wczesnego rozpoznania i rozpoczęcia leczenia, co prowadzi do zmniejszenia częstości przerywanych terapii onkologicznych.

LYMPHOMATOID PAPULOSIS TYP A

Katarzyna Józwicka, Waldemar Placek, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek
Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii
Klinicznej w Olsztynie

Wstęp: *Lymphomatoid papulosis* należy do chłoniaków wywodzących się z limfocytów T CD30. Jest to odmiana chłoniaka skórno-łuszczykowego (CTCL) o niskim stopniu złośliwości, którego etiologia jest nieznana. Zwykle występuje między 30–40 rokiem życia. Zmiany skórne pod postacią licznych drobnych grudek i guzków pokrytych strupami powstają a następnie ustępują samoistnie w cyklach zwykle trwających 1–3 miesiąca, pozostawiając ospowate blizny. Pacjenci z *lymphomatoid papulosis* mają zwiększone ryzyko współistnienia drugiej jednostki nowotworowej, najczęściej limfoproliferacyjnej.

Opis przypadku: 25-letnia kobieta, została przyjęta do Kliniki Dermatologii w Olsztynie z powodu rozsianych, polimorficznych zmian grudkowych, guzkowych i naciekowych występujących od 4 tygodni. Zmiany ustępowały z pozostawieniem nadżerek, nie towarzyszyły im inne dolegliwości. W wykonywanych badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono odchyłań. Przeciwciała aANCA, pANCA, *pemphigus/pemphigoid* –ujemne. Posiew wymazu z gardła i ze zmian skórnych – ujemny. RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej bez odchyłań.

Wyniki: W związku z polimorfizmem zmian pobrano dwa wycinki do badania histopatologicznego, w których obecny był silnie pozytywny odczyn CD30+, a obraz morfologiczny i immunofenotypowy w korelacji z obrazem klinicznym najbliższy był *lymphomatoid papulosis type A* (LyP type A). W związku typowym dla jednostki chorobowej samoistnym ustępowaniem zmian odstąpiono od leczenia ogólnego i zastosowano strategię *wait and see*. Obecnie pacjentka jest pod opieką Poradni Dermatologicznej, Onkologicznej i Hematologicznej.

Wnioski: Dobór leczenia w *lymphomatoid papulosis* uzależniony jest od wielkości, morfologii i nasilenia zmian skórnych. W leczeniu stosuje się metotreksat, fototerapię. W przypadku zmian o niewielkim nasileniu stosuje się metodę wyczekującą. U pacjentów z tej grupy zalecana jest kontrola onkologiczna i obserwacja pod kątem rozwoju innych nowotworów przez całe życie.

BRODAWCZAKOWATOŚĆ ZLEWNA I SIATKOWATA WSPÓLISTNIEJĄCA Z TRĄDZIKIEM POSPOLITYM SKUTECZNIE LECZONA IZOTRETYNOINĄ

Karolina Kijowska
Oddział Dermatologii Powiatowego Szpitala Specjalistycznego
w Stalowej Woli

Wstęp: Brodawczakowatość zlewna i siatkowata (CRP, *confluent and reticulated papillomatosis*) jest rzadko występującą jednostką chorobową, u podłoża której leży proces nieprawidłowej keratynizacji. CRP zazwyczaj ma postać przebarwionych grudek lub blaszek z obwodową siateczką, powodujących defekt kosmetyczny. Zmiany chorobowe najczęściej lokalizują się na skórze karku, dołów pachowych oraz górnej części klatki piersiowej. Jako leczenie pierwszego rzutu w literaturze wymieniane są tetracykliny lub makrolidy. W przypadku zmian o nieznacznym nasileniu zastosowanie znajdują miejscowo stosowane retinoidy, takrolimus oraz kalcyptriol. Retinoidy ogólne stosowane są w przypadkach opornych na wyżej wymienione metody leczenia.

Cel pracy: Przedstawienie przypadku rzadko występującej jednostki chorobowej współistniejącej z trądzikiem pospolitym skutecznie leczonych izotretynoina.

Opis przypadku: 15-letnia dziewczynka została przyjęta do oddziału dermatologicznego z powodu zmian skórnych zlokalizowanych w okolicach podpiersiowych, dołów pachowych oraz karku, które pojawiły się w 2019 roku. W badaniu dermatologicznym na skórze karku widoczne było nieregularne ognisko zlewnych się hiperkeratocytycznych grudek oraz blaszek barwy jasnobrązowej. W okolicy pach obecne były brunatne plamy z przejaśnieniem w części centralnej, zaś na skórze pleców nasilone zmiany o charakterze zaskórników, grudek oraz zapalnych krost wypełnionych treścią ropno-surowiczą z tendencją do bliznowacenia. W wywiadzie w leczeniu stosowano preparaty przeciwgrzybicze bez

poprawy. W trakcie hospitalizacji pobrano wycinek do badania histopatologicznego na podstawie którego rozpoznano brodawczakowatość zlewną i siatkowatą.

Wyniki: Z uwagi na współistniejące zmiany trądzikowe zdecydowano o włączeniu do leczenia izotretynoiny początkowo w dawce 20mg/dobę uzyskując ustąpienie zmian chorobowych po 3-miesięcznym okresie leczenia.

Wnioski: Przypadek prezentujemy z uwagi na skuteczne leczenie współistniejących jednostek chorobowych.

OWRZODZENIA NEUROPATYCZNE — RÓŻNICOWANIE I OPIS PRZYPADKU

Joanna Chojnacka-Purpurowicz, Waldemar Placek,
Agnieszka Owczarczyk-Saczonek

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii
Klinicznej w Olsztynie

Wstęp i cel pracy: Pragniemy zaprezentować przypadek 26-letniego mężczyzny z owrzodzeniami i nadżerkami zlokalizowanymi na kończynach i tułowiu od miesiąca.

Opis przypadku: Pacjent obciążony wieloletnią cukrzycą typu I powikłaną polineuropatią, nefropatią cukrzycową, pęcherzem neurogennym, po wyłonieniu cystostomii, kamicą nerkową, retinopatią proliferacyjną. W badaniu przedmiotowym na skórze tułowia, kończyn górnych i dolnych owrzodzenia, nadżerki, liczne brunatne blizny i przebarwienia pozapalne. W badaniach laboratoryjnych obserwowano podwyższone poziomy: CRP, D-dimerów, glukozy, HbA1c oraz białka w DZM. Przeciwciała ANA/Hep-2 w mianie 1:1280, ImmunoBlot PM-Scl 100 (+). W leczeniu stosowano opatrunki z Varolastu oraz leczenie zewnętrzne uzyskując wygojenie owrzodzeń. Lokalizacja owrzodzeń wskazywała na zmiany w przebiegu samouszkodzeń.

Wyniki: W badaniu histopatologicznym skóry zmiany mogą odpowiadać piodermii zgorzelinowej. Pacjent pozostaje pod stałą opieką Poradni Dermatologicznej, Diabetologicznej, Nefrologicznej i Urologicznej.

Wnioski: Przedstawiony przypadek wymaga współpracy lekarzy wielu specjalności oraz ukazuje, jak ważna jest edukacja pacjenta w zakresie choroby, leczenia i skutków niestosowania się do zaleceń lekarza.

SKÓRNE MANIFESTACJE NIEDOBORU CYNKU

Anna Jabłońska, Anna Ankudowicz
Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu

Opis przypadku: Opis 65-letniej pacjentki żywionej pozajelitowo ze zmianami rumieniowo-żółtaczającymi i nadżerkami na skórze twarzy, okolic naturalnych otworów ciała i dystalnych części kończyn od 5 tygodni. W diagnostyce różnicowej zmian skórnych wzięto pod uwagę choroby zapalne, takie jak: łojotokowe zapalenie skóry, zmiany alergiczne, pęcherzycę łojotokową, histiocytozę i niedobory cynku. Klinicznie obserwowano cechy niedożywienia, podwyższenie parametrów zapalnych, obniżenie białka całkowitego i albumin, cholesterolu, fosfatazy alkalicznej oraz znacznie obniżony poziom cynku.

Wyniki: Po wykonaniu szerokiej diagnostyki dermatologicznej — immunofluorescencji pośredniej i bezpośredniej, profilu ANA, badania histopatologicznego, badań laboratoryjnych — rozpoznano wtórny niedobór cynku. Zastosowano leczenie przeciwzapalne, przeciwgrzybicze, przeciwbakteryjne, antyseptyczne, suplementację cynku, biotyny i rozszerzono leczenie żywieniowe uzyskując poprawę stanu ogólnego i miejscowego pacjentki.

Wnioski: Wtórny niedobór cynku jest rzadką jednostką chorobową. Może być spowodowany niewystarczającą podażą cynku w pożywieniu, zaburzeniami wchłaniania oraz zwiększonym zużyciem cynku w takich stanach jak: ciąża, laktacja, oparzenia, okres pooperacyjny oraz ciężkie choroby ogólnoustrojowe, w tym nowotwory. Zawsze powinniśmy pamiętać o możliwości niedoboru cynku u pacjentów odżywianych pozajelitowo.

ALERGICZNE KONTAKTOWE ZAPALENIE SKÓRY WYWOŁANE PRZEZ IZOBORNYL AKRYLU (IBOA) U PACJENTÓW STOSUJĄCYCH POMPY INSULINOWE I SENSORY POMIARU GLUKOZY — SERIA PRZYPADKÓW KLINICZNYCH

Mikołaj Cichoń, Małgorzata Sokołowska-Wojdyło, Magdalena Trzeciak

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wstęp: Zwiększenie dostępu do sensorów pomiaru glukozy oraz pomp insulinowych nie tylko poprawiło jakość życia pacjentów z cukrzycą typu 1, ale również przyczyniło się do zdecydowanie lepszych wyników terapeutycznych w tej grupie pacjentów. Niestety, na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się rosnącą liczbę niepożądanych zmian skórnych wynikających ze stosowania pomp i sensorów, wśród których główną część stanowi alergiczne kontaktowe zapalenie skóry spowodowane alergenami z grupy akrylanów zawartymi w elementach tych urządzeń medycznych.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie obrazu klinicznego pacjentów z alergicznym kontaktowym zapaleniem skóry wywołanym przez izobornyl akrylu (IBOA) znajdujący się w pompach insulinowych oraz sensorach pomiaru glukozy.

Opis przypadku: U pacjentów prezentujących kliniczne objawy kontaktowego zapalenia skóry przeprowadzono naskórkowe testy płatkowe z użyciem wyselekcjonowanej grupy alergenów będących pochodnymi akrylanów. Następnie dokonano odczytów testów płatkowych zgodnie z *International Contact Dermatitis Research Group*. Wyniki skorelowano z obecnością poszczególnych alergenów w urządzeniach stosowanych przez pacjentów.

Wyniki: W wyniku przeprowadzonych naskórkowych testów płatkowych i ich korelacji z obrazem klinicznym u pacjentów rozpoznano alergiczne kontaktowe zapalenie skóry. Czynnikiem sprawczym zmian skórnych okazał się izobornyl akrylu (IBOA), który zawarty jest w elementach pomp insulinowych oraz sensorów pomiaru glukozy stosowanych przez pacjentów.

Wnioski: Co raz więcej pacjentów z cukrzycą typu 1 zgłasza się z powodu alergicznego kontaktowego zapalenia skóry wywołanego przez stosowanie urządzeń medycznych. Izobornyl akrylu (IBOA) jest jednym z alergenów odpowiedzialnych za pojawianie się niepożądanych zmian skórnych w wyniku przewlekłego stosowania pomp insulinowych i sensorów pomiaru glukozy.

DERMATOZA WYWOŁANA: PODEJŚCIE HOLISTYCZNE

Barbara Białynicka-Birula, Marta Szepietowska

SKN Dermatologii Eksperymentalnej, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii UM we Wrocławiu

Wstęp i cel pracy: Dermatoza wywołana, znana jako dermatoza arteficyjalna (*self-inflicted skin lesions* lub *dermatitis artefacta*) jest dość rzadką jednostką chorobową z zakresu psychodermatologii.

Opis przypadku: 32-letni pacjent został przyjęty na oddział z powodu obecności swędzących zmian skórnych. Pierwsza z nich pojawiła się półtora roku wcześniej, w okolicy ucha prawego, w okresie kilku następnych tygodni nastąpiło pojawienie się rumieniowych, wysoce swędzących guzków na innych obszarach skóry. Chory ocenił odczuwany wówczas świąd na 10 punktów w skali NRS, co skutkowało uporczywym drapaniem zmian i ich bliznowaceniem. Pacjent w wywiadzie nie podawał czynników ryzyka zaostrzenia choroby. Przy przyjęciu do szpitala pacjenta obecne było owrzodzenie w rejonie policzka lewego, a także kilka innych zmian, w postaci nadżerek i blizn, na skórze twarzy, klatki piersiowej i obu kończynach górnych. Niektóre z nich wykazywały oznaki wtórnego zakażenia bakteryjnego. Pacjent ocenił świąd na 10 punktów (NRS).

Wyniki: Wyniki testów laboratoryjnych nie wykazały żadnych nieprawidłowości. Biorąc pod uwagę wcześniejsze doświadczenie kliniczne, zaczęto podejrzewać dermatozę wywołaną. Konsultujący psychiatra rozpoznał zaburzenie lękowe uogólnione i zalecił pregabalinę. W związku ze współistniejącą infekcją bakteryjną wprowadzono leczenie kwasem fusydowym i doksycykliną. Rok później pacjent został ponownie przyjęty na oddział. Okazało się, że po poprzedniej hospitalizacji przerwał

samodzielnie terapię pregabalina i nie stawiał się na wizyty kontrolne. W czasie badania stwierdzono powiększenie wcześniej obserwowanego owrzodzenia na lewym policzku i stwierdzono kolejne blizny na szyi i skórze głowy. Pacjent przyznał, że doświadczał ostatnio problemów rodzinnych. Badanie psychiatryczne potwierdziło poprzednią diagnozę. Ponownie przepisano pregabalinę, zalecono również leczenie psychiatryczne, na co pacjent się zgodził.

Wnioski: Postawienie rozpoznania dermatozy wywołanej wymaga zarówno doświadczenia klinicznego, jak i przeprowadzenia szczegółowej diagnostyki różnicowej. W przypadku dermatozy wywołanej konieczna wydaje się współpraca pomiędzy dermatologiem i psychiatrą z holistycznym podejściem do terapii.

NIESZTOWICE O CODZIENNEJ ETIOLOGII

Dawid Niżyński, Joanna Maj

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii USK we Wrocławiu

Wstęp: Bardzo rzadką manifestacją skórą kły II-rzędowej jest *Lues maligna*. Najczęściej dotyczy osób w immunosupresji. Około 75% wszystkich przypadków to pacjenci zakażeni HIV. Wśród pozostałych 25% znajdują się zarówno osoby immunokompetentne, jak i posiadające czynniki predysponujące do zaburzeń odporności np. nadużywające alkoholu, tak jak prezentowany przez nas pacjent.

Cel pracy: Celem niniejszej pracy jest zwrócenie uwagi klinicystów na obraz kliniczny niesztowic kiłowych i podkreślenie celowości szerokiej diagnostyki różnicowej, zwłaszcza w przypadku występowania zmian skórnych o niejednoznacznym klinicznie charakterze.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 52-letniego pacjenta, który dwukrotnie był hospitalizowany w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii USK we Wrocławiu z powodu licznych, rozsianych zmian o charakterze guzów z rozpadem.

Wyniki: Biorąc pod uwagę morfologię wykwitów, dodatni posiew krwi w kierunku *S. aureus* i zdecydowaną poprawę kliniczną po wdrożeniu antybiotykoterapii, wysunięto podejrzenie niesztowic. Ze względu na niejednoznaczny obraz kliniczny zlecono dodatkowe badania m.in. serologię w diagnostyce kiły oraz pobrano dwa wycinki skóry celem wykonania badań histologicznych. Na podstawie otrzymanych wyników postawiono rozpoznanie kiły II-rzędowej. W leczeniu zastosowano parenteralnie penicylinę krystaliczną, uzyskując stopniową poprawę kliniczną skóry.

Wnioski: *Lues maligna* jest rzadką, ale możliwą prezentacją kliniczną kiły II-rzędowej u pacjentów HIV negatywnych. Zachowanie czujności, szybka diagnostyka i wdrożenie leczenia są niezbędne, aby uniknąć powikłań i zmniejszyć ryzyko transmisji zakażenia.

SZYBKO ROSNĄCE ZMIANY GUZOWATE ZLOKALIZOWANE NA TWARZY — DIAGNOSTYKA I LECZENIE NA PODSTAWIE OPISU PRZYPADKU

Małgorzata Orylska-Ratyńska¹, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek¹, Waldemar Placek¹, Joanna Czuwara²

¹Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej

²Klinika Dermatologiczna UCK WUM

46-letnia kobieta bez chorób przewlekłych zgłosiła się do Kliniki Dermatologii z powodu szybko rosnących zmian guzowatych zlokalizowanych na twarzy. Twarde, brunatne guzy gładkiej powierzchni wyglądem przypominające keloid pojawiły się bez wcześniejszego urazu lub stanu zapalnego. W oparciu o wynik badania histopatologicznego rozpoczęto doogniskowe leczenie triamcynolonem uzyskując remisję wszystkich zmian z bardzo dobrym efektem kosmetycznym. Po 3 latach na policzku lewym pojawiła się kolejna zmiana guzowata. Mimo powtórzonego leczenia obserwowano dynamiczny wzrost i pojawienie się owrzodzenia w centrum. Badanie histologiczne zmiany poddanej całkowitej resekcji ujawniło charakterystyczne cechy *erythema elevatum diutinum*. Na podstawie tego przypadku krok po kroku omawiamy etapy diagnostyki różnicowej, możliwe przyczyny atypowej manifestacji ostatniej zmiany oraz metody leczenia tej rzadkiej choroby.

TWARDZINA TYPU CIĘCIA SZABLĄ — CZY NALEŻY BAĆ SIĘ POWIKŁAŃ NEUROLOGICZNYCH?

Magdalena Szczegielniak, Aleksandra Lesiak, Joanna Narbutt, Małgorzata Skibińska

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi

Wstęp: Twardzina typu cięcia szabłą jest przewlekłą chorobą zapalną tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym. Objawia się obecnością linijnego zaniku i stwardnienia skóry, tkanki podskórnej, mięśni oraz kości. W jej przebiegu możemy obserwować obecność powikłań neurologicznych, laryngologicznych oraz psychologicznych i psychiatrycznych.

Cel pracy: Przedstawienie procesu diagnostyczno-terapeutycznego u 5-letniego dziecka z występowania zaburzeń neurologicznych powstałych w przebiegu twardziny ograniczonej.

Opis przypadku: Dziewczynka 5-letnia hospitalizowana kilkakrotnie w Klinice Dermatologii z powodu zmian o charakterze linijnego zaniku skóry, tkanki podskórnej, mięśni oraz kości przebiegającego od poziomu górnej krawędzi brwi do owłosionej skóry głowy, wraz z ogniskiem lysienia bliznowaciejącego. Zmiany skórne po raz pierwszy pojawiły się w 2 roku życia. Początkowo występowały na skórze nosa, z czasem uległy rozszerzeniu na czoło oraz skórę owłosioną głowy. W wykonanych wówczas badaniach rezonansu magnetycznego głowy oraz w badaniach laboratoryjnych nie obserwowano odchyłań od stanu prawidłowego. W wywiadzie brak innych chorób przewlekłych. Dziewczynka po zdiagnozowaniu twardziny przez okres trzech miesięcy leczona była penicyliną prokainową oraz glikokortykosteroidoterapią systemową. Od marca 2019 roku do terapii dołączono metotreksat w dawce dostosowanej do powierzchni ciała. W 2021 roku dziewczynka ponownie zgłosiła się do Kliniki Dermatologii z powodu znacznej miejscowej progresji choroby, która nastąpiła po przerwaniu leczenia immunosupresyjnego przez pacjenta na okres kilku miesięcy. Podjęto decyzję o ponownym wykonaniu rezonansu magnetycznego struktur mózgowia, w którym potwierdzono liczne zmiany degeneracyjne w obrębie ośrodkowego układu nerwowego oraz o konsultacji neurologicznej dziecka. Kontynuowano leczenie ogólnoustrojowe. Dziewczynka pozostaje pod wielospecjalistyczną opieką dermatologiczną, neurologiczną oraz psychologiczną.

Wnioski: Brak leczenia immunosupresyjnego może doprowadzić do znacznej progresji choroby i pojawienia się trwałych powikłań. U wszystkich pacjentów z twardziną typu cięcia szabłą rekomenduje się wykonanie rezonansu magnetycznego głowy, niezależnie od występowania objawów neurologicznych. Z uwagi na powikłania wielonarządowe postępowanie z pacjentem powinno być multidyscyplinarne.

RYBIA ŁUSKA BLASZKOWATA — PREZENTACJA PACJENTA I RZADKIEJ CHOROBY GENETYCZNEJ

Karol Kołkowski¹, Małgorzata Sokołowska-Wojdyło¹

¹Dermatologiczne Studenckie Koło Naukowe GUMed, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Klinika i Katedra Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Rybia łuska obejmuje grupę zróżnicowanych klinicznie i etiologicznie dwudziestu chorób charakteryzujących się objęciem całej zewnętrznej powłoki ciała. Rybia łuska blaszkowata to dziedziczna autosomalnie recesywnie dermatoma, która objawia się hiperkeratycznym złuszczeniem i częstym występowaniem erytrodermii. Jednym z genów, których mutacja odpowiedzialna jest za wywołanie tej jednostki chorobowej, jest transglutaminaza-1 (TGM-1), która w zdrowej skórze usciowuje prekursorzy białek koperty rogowej.

Cel pracy: Celem tej prezentacji jest przedstawienie patofizjologii, obrazu klinicznego i możliwości terapeutycznych pacjentów z rybią łuską blaszkowatą.

Materiał i metody: Materiał Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii GUMed. Przedstawienie obrazu klinicznego rzadko występującej wrodzonej dermatomy.

Opis przypadku: Pacjent 1-letni zgłosił się do poradni dermatologicznej celem kontroli zmian skórnych w przebiegu wrodzonej rybiej łuski, potwierdzonej genetycznie (mutacja p. Trp193Ter w jednym allelu genu TGM1 oraz mutacje c.877-2A>G również w jednym allelu TGM1).

Wyniki: W badaniu fizykalnym skóra pokryta grubopłatową łuską o ciemnym zabarwieniu, domykliwość powiek dyskretnie niepełna. Zmiany najbardziej nasilone na skalpie, najmniej na kończynach. Pomimo przewiewnych ubrań dziecko łatwo przegrzewa się, a temperatura ciała często rośnie do 38C w mieszkaniach o standardowej temperaturze. Zalecono kontynuację emolientoterapii. Po konsultacji u Pana Profesora Cezarego Kowalewskiego zaplanowano wdrożenie retinoidów systemowych około 2. roku życia.

Wnioski: Choroby z grupy rybiej łuski znacząco upośledzają jakość życia. Ponadto przy niewystarczającej kontroli rogowacenia w kanałach słuchowych zewnętrznych może powodować niedosłuch odbiorczy, a nawet głuchotę. Konieczna jest terapia objawowa opierająca się na zakazie przegrzewania dziecka, usuwaniu łuski i uzupełnianiu wody oraz lipidów naskórka poprzez bardzo częstą aplikację emolientów i preparatów z wysokim stężeniem mocznika. Retinoidy systemowe należą do leków z wyboru, aczkolwiek wybór momentu wdrożenia jest wciąż tematem do dyskusji. Nadzieje na przyszłość budzi terapia genowa, niestety jeszcze niedostępna.

ACRODERMATITIS ENTEROPATHICA U 2-MIESIĘCZNEGO NIEMOWLĘCIA KARMIONEGO PIERSIĄ

Magdalena Masajada, Natalia Juško, Barbara Koryczan, Marta Krzysztofik, Paweł Brzewski

Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie, Oddział Dermatologiczny z Pododdziałem

Wstęp: Acrodermatitis enteropathica jest rzadko występującym schorzeniem spowodowanym niedoborem cynku wtórnym do wrodzonego defektu wchłaniania pierwiastka. Cechuje się występowaniem rumieniowych wykwitów zlokalizowanych wokół naturalnych otworów ciała oraz na dystalnych częściach kończyn. Diagnostyce potwierdza obniżone stężenie cynku w surowicy krwi. Choroba ujawnia się kilka dni po narodzinach u niemowląt karmionych mlekiem modyfikowanym lub po odstawieniu od piersi u dzieci karmionych mlekiem matki.

Opis przypadku: Prezentujemy przypadek 2-miesięcznego wcześniaka płci męskiej urodzonego w 34. tygodniu ciąży, karmionego wyłącznie mlekiem matki, prezentującego ostro odgraniczone wykwitki rumieniowe pokryte nadżerkami oraz miodowo-żółtymi strupami, zlokalizowane w okolicy anogenitalnej, w pachwinach, na pośladkach oraz na policzkach. W początkowym etapie rozpoznano lojotokowe zapalenie skóry o ciężkim przebiegu, jednak nie uzyskano poprawy po włączonym leczeniu. W trakcie hospitalizacji u pacjenta kilkakrotnie wystąpiły epizody luźnego stolca z domieszką śluzu. Z uwagi na lokalizację i morfologię wykwitów oraz towarzyszące objawy zalecono poszerzenie diagnostyki stwierdzając obniżone stężenie cynku w surowicy krwi (26 µg/dl, norma u dzieci 75–150 µg/dl). Zalecono suplementację cynku (Zincas doustnie 5,5 mg 1x dziennie) uzyskując gojenie się zmian skórnych po dwóch dobach od włączenia leczenia oraz całkowite ustąpienie wykwitów po tygodniu. W siedmiomiesięcznym okresie obserwacji zmiany skórne utrzymywały się w całkowitej remisji. Pacjent wymaga dożywotnej suplementacji cynku.

Wnioski: Acrodermatitis enteropathica w rzadkich przypadkach może występować również u niemowląt karmionych piersią. Wcześniaki są bardziej podatne na rozwój schorzenia niż niemowlęta urodzone o czasie, ponieważ mają niewystarczające zapasy cynku w organizmie oraz zwiększone zapotrzebowanie. Dodatkowo u matek z mutacją SLC30A2 na chromosomie 1p36.11 stwierdzono zmniejszoną sekrecję cynku do mleka. Wczesne rozpoznanie choroby i wprowadzenie suplementacji cynkiem szybko odwraca negatywne skutki choroby.

ADENOMA SEBACEUM — OBRAZ KLINICZNY I DERMOSKOPOWY RZADKO WYSTĘPUJĄCEGO GUZA SKÓRY

Magdalena Bądziąg¹, Martyna Sławińska^{2,*}, Wojciech Biernat³, Michał Sobjanek^{2,*}

¹Dermatologiczne Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

³Katedra i Zakład Patomorfologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

*Opiekunowie pracy

Wstęp: Gruczolak łojowy (adenoma sebaceum) jest łagodnym guzem wywodzącym się z gruczołów łojowych. Zmiany najczęściej umiejscowione są na głowie i szyi u pacjentów w średnim i starszym wieku. W przypadku zmian mnogich należy wykluczyć zespół Muir-Torre. W obrazie dermoskopowym zwykle stwierdza się obecność koloru żółtego.

Materiał i metody: Przedstawienie przypadku pacjenta, u którego rozpoznano dwa gruczolaki łojowe w jednej okolicy anatomicznej o różnej manifestacji klinicznej i nietypowym obrazie dermoskopowym.

Wyniki: Pacjenta 80-letniego, o II fototypie skóry, konsultowano z powodu różowego guzka skóry okolicy policzka prawego z powierzchownymi teleangiektazjami z satelitarną plamą barwnikową. U pacjenta występował ponadto łagodny przerost prostaty; wywiad osobisty i rodzinny w kierunku nowotworów skóry był nieobciążony. W obrazie dermoskopowym guzek prezentował obecność naczyń rozgałęzionych, a w obrębie plamy stwierdzano obszary bezstrukturalne koloru brązowo-szarego. Obie zmiany wycięto diagnostycznie, w obrazie histopatologicznym stwierdzając utkanie gruczolaka łojowego. W czasie ponaddwuletniej obserwacji nie zaobserwowano cech wznowy miejscowej.

Wnioski: Gruczolak łojowy jest rzadkim, łagodnym nowotworem skóry. Guzek wykazuje szerokie spektrum kliniczne i dermoskopowe. Po potwierdzeniu rozpoznania mnogich gruczolaków łojowych istotne jest wykluczenie zespołu Muir-Torre.

KIŁA GUZKOWO-WRZODZIEJĄCA (GUZKOWO-PĘŁZAKOWATA) — OPIS PRZYPADKU

Julia Nowowiejska, Urszula Skiepkó, Agnieszka B. Serwin, Iwona Flisiak
Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp: Kiła trzeciego okresu może rozwinąć się 10–30 lat po nieleczonym zakażeniu krętkiem białym i przebiegać pod postacią kiły późnej układu nerwowego, sercowo-naczyniowego, narządów wewnętrznych oraz skóry, stawów i kości.

Opis przypadku: 56-letni mężczyzna został przyjęty do Kliniki Dermatologii i Wenerologii z powodu zmian skórnych trwających siedem miesięcy. Przy przyjęciu stwierdzono w obrębie obu kończyn górnych nieregularnego kształtu ogniska rumieniowo-naciekowe i guzkowe barwy czerwono-fioletowej, szerzące się obwodowo, z obecnością nawastwionych strupów oraz rozpadem i bliznowaceniem w centrum, z towarzyszącą bolesnością. W wywiadzie epidemiologicznym podawał bardzo liczne przygodne kontakty seksualne bez zabezpieczenia w Polsce i za granicą od kilkadziesiąt lat, ostatni przed trzema miesiącami. Pacjent pozostawał w dobrym stanie ogólnym. Ze względu na dane z wywiadu, obraz kliniczny oraz dodatni wynik testu przesiewowego w kierunku kiły pogłębiono diagnostykę. Dodatkowo wykonane odczyny serologiczne w kierunku kiły wynosiły: VDRL 1/64, FTA-ABS 3+, FTA 1/108000, TPHA 1/20480. W badaniu histopatologicznym wycinka ze zmian skórnych stwierdzono naciek limfocytarno-histiocytarny w skórze właściwej z formowaniem ziarniaków nieserowaciejących. Postawiono rozpoznanie kiły trzeciego okresu pod postacią kiły guzkowo-wrzdziejącej. Pacjenta konsultowano wielospecjalistycznie nie stwierdzając odchyień. Chory otrzymał trzykrotnie penicylinę benzatynową w dawce 2,4 mln j. domięśniowo. Nie zgłosił się na kontrolę po leczeniu. Po ponad dwóch latach stwierdzono całkowite wygojenie zmian skórnych z pozostawieniem dyskretnych blizn oraz 4-krotny spadek miana odczynu VDRL.

Wnioski: Zmiany skórne w kile późnej mogą wystąpić u 16% nieleczonych pacjentów i przyjmować między innymi charakter zlewających się i szerzących pęłzakowato wykwitów guzkowych, pozostawiających blizny opisywane jako mozaikowate. W prezentowanym, bardzo rzadkim przypadku, pierwszym opisanym w Polsce w ostatniej dekadzie, na podkreślenie zasługują: rola znajomości obrazu klinicznego kiły późnej dotyczącej skóry, niezbędna współpraca z patomorfologiem oraz trudności związane z postępowaniem epidemiologicznym.

KALCYFIKACJA PODUDZIA JAKO PRZYCZYNA NIEGOJĄCEGO SIĘ OWRZODZENIA W PRZEBIEGU TWARDZINY UKŁADOWEJ

Karolina Andreasik, Joanna Pucula, Michał Adamczyk, Dorota Krasowska
Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej

Wstęp: Twardzina układowa jest autoimmunologiczną chorobą tkanki łącznej charakteryzującą się postępującym włóknieniem skóry i narządów

wewnętrznych, waskulopatią oraz występowaniem autoprzeciwciał. Jedną z jej postaci klinicznych jest twardzina układowa z ograniczonymi stwardnieniami skóry, charakteryzująca się występowaniem m.in. objawu Raynaud, teleangiektazji, zaburzeniami czynności przełyku, sklerodaktylią i obecnością ogniskowych zwapnień.

Cel pracy: Celem pracy jest prezentacja przypadku chorej z obecnością rozległych zwapnień w przebiegu twardziny układowej.

Materiał i metody: W pracy przedstawiono przypadek pacjentki z nierozpoznaną dotychczas twardziną układową, której rzadką manifestacją kliniczną jest wapnica przerzutowa tkanek miękkich.

Wyniki: Pacjentka I. 61 zgłosiła się po raz pierwszy do Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z powodu długiego niegojącego się owrzodzenia podudzia prawego z wydobywającymi się złoгами. W wywiadzie pacjentka podawała występowanie objawu Raynaud od 12 lat. W badaniu przedmiotowym stwierdzono wapnicę tkanek miękkich. Ponadto przy przyjęciu u pacjentki zwracały uwagę ciemnobrunatne przebarwienia typu pieprz-sól, sklerodaktylia palców rąk, mikrostromia oraz teleangiektazje w obrębie skóry twarzy, czerwieni wargowej i dłoni. W RTG stwierdzono występowanie złożeń wapnia w tkankach miękkich obu podudzi, w okolicy paliczek dystalnych i środkowych palców II obu rąk, paliczek bliższych i dalszych palców u obu rąk, w okolicy stawu międzypaliczkowego dalszego palca III i V ręki lewej oraz poniżej stawów ramiennych i przy końcach barkowych obojczyków. W związku z obrazem klinicznym przeprowadzono diagnostykę w kierunku twardziny układowej.

Wnioski: Przedstawiamy przypadek pacjentki, która zgłosiła się z powodu głębokiego owrzodzenia na podudziu prawym i nierozpoznaną twardziną układową, której rzadką manifestacją kliniczną jest wapnica przerzutowa tkanek miękkich.

GUZ ARNINGA — CECHY KLINICZNE I DERMATOSKOPOWE UŁATWIAJĄCE POSTAWIENIE DIAGNOZY

Bartosz Woźniak, Jolanta Węglowska

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

Wstęp: Guz Arninga, czyli wieloogniskowy powierzchowny rak podstawonokomórkowy stanowi blisko 15% wszystkich raków podstawonokomórkowych, co czyni go drugim najczęstszym podtypem tego nowotworu. Ze względu na niespecyficzny obraz kliniczny często jest mylony z łuszczycą, wypryskiem, chorobą Bowena czy grzybicą skóry. Znajomość obrazu klinicznego oraz dermatoskopowego może znacząco przyspieszyć proces diagnostyczny oraz zastosowanie skutecznego leczenia.

Materiał i metody: Na przykładzie sześciu przypadków klinicznych prezentacja obrazu klinicznego, dermatoskopowego oraz diagnostyki różnicowej wieloogniskowego powierzchownego raka podstawonokomórkowego.

Wyniki: Guz Arninga ma najczęściej postać wolno rosnącej, dobrze odgraniczonej rumieniowej blaszki na skórze tułowia oraz ramion często pokrytej łuską. Pewne cechy dermatoskopowe, jak: krótkie cienkie teleangiektazje, liczne drobne nadzěrki, szaro-niebieskie kropki i grudki czy lśniące białoczerwone obszary bezstrukturalne mogą przemawiać za rozpoznaniem Guza Arninga. Inne jak obecność naczyń w kształcie kropek oraz kłębuszków, białe koła mogą przemawiać przeciwko temu rozpoznaniu.

Wnioski: Znajomość struktur dermatoskopowych oraz obrazu klinicznego guza Arninga może znacząco przyspieszyć proces diagnostyczny oraz wprowadzenie odpowiednich form leczenia.

ZMIANY PĘCZERZOWE SKÓRY TWARZY — OPIS PRZYPADKU I RÓŻNICOWANIE

Anita Wdowiak-Filip¹, Małgorzata Michalska-Jakubus², Katarzyna Woźniak³, Cezary Kowalewski³, Dorota Krasowska²

¹Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej, SPSK1 w Lublinie

²Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej, UM w Lublinie

³Klinika Dermatologii, Immunodermatologii i Wenerologii, WUM

Cel pracy: Celem pracy było omówienie różnicowania zmian pęcherzowych ograniczonych do skóry twarzy w oparciu o opis przypadku 36-letniej pacjentki, u której zdiagnozowano pemfigoid Brunstinga-Perryego (CP-BP).

Materiał i metody: Opis przypadku i przegląd piśmiennictwa baz Medline, PubMed, Google Scholar. Użyto następujących fraz: pemfigoid bliznowacający, pemfigoid Brunstinga-Perry'ego, pemfigoid błon śluzowych (MMP), nabyte pęcherzowe oddzielanie naskórka (EBA), linijna dermatoma IgA (LABD), choroba Duhringa (DH), postać pęcherzowa toczenia układowego (BSLE).

Wyniki: Prezentujemy opis przypadku 36-letniej kobiety ze zmianami rumieniowymi i dobrze napiętymi pęcherzami ograniczonymi do skóry twarzy i szyi, bez zajęcia błon śluzowych, występującymi od 2 miesięcy. U pacjentki w badaniu histopatologicznym zmienionej chorobowo skóry wykazano pęcherz podnaskórkowy. W badaniu immunofluorescencji bezpośredniej (DIF) stwierdzono linijne złoży dopełniacza C3 oraz IgG, IgA wzdłuż błony podstawnej (BZM). Immunofluorescencja pośrednia (IF) była ujemna. Za pomocą laserowego skanującego mikroskopu konfokalnego (LCSM) stwierdzono złoży IgG zlokalizowane powyżej kolagenu IV oraz poniżej lamininy 5, typowo dla pemfigoidu bliznowacającego. W immunoblocie stwierdzono obecność przeciwciał skierowanych wobec domenie C-terminalnej antygeny BP 180. Na podstawie obrazu klinicznego, badań immunologicznych i obrazu w LCSM postawiono rozpoznanie bardzo rzadkiej odmiany pemfigoidu bliznowacającego typu Brunstinga-Perry'ego. Omówiono obraz kliniczny oraz diagnostykę immunologiczną jednostek chorobowych branych pod uwagę w różnicowaniu z CP-BP.

Wnioski: Pemfigoid Brunstinga-Perry'ego jest bardzo rzadką chorobą pęcherzową, która ze względu na zróżnicowany obraz kliniczny wymaga szczególnej diagnostyki immunologicznej. Brak krążących przeciwciał w badaniu IF uniemożliwia ich specyfikację antygenową i może utrudniać rozpoznanie, co wymaga zastosowania technik takich jak mikroskopia elektronowa lub LCSM. Prezentowana przez nas pacjentka jest jedną z najmłodszych z rozpoznaniem CPBP dotychczas opisanych w literaturze - chorują głównie osoby po 50 roku życia. Co więcej, u pacjentki stwierdzono przeciwciała przeciwko C-terminalnej domenie antygeny BP180, co czyni nasz przypadek bardziej wyjątkowym, gdyż opisano dotychczas tylko dwa przypadki z przeciwciałami przeciwko temu antygenowi docelowemu.

PRZYPADK 28-LETNIEJ PACJENTKI Z CHŁONIAKIEM Z KOMÓREK T TYPU ZAPALENIA TKANKI PODSKÓRNEJ

Anna Stepaniuk¹, Julia Nowowiejska², Anna Baran², Iwona Flisiak²

¹Studenckie Koło Naukowe, Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

²Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp: Chłoniak z komórek T typu zapalenia tkanki podskórnej (SPTL) jest rzadką postacią chłoniaków skórnych. U pacjentów typowo obserwuje się guzy i guzki najczęściej występujące w obrębie kończyn dolnych i górnych oraz tułowia. Zmianom skórny często towarzyszy gorączka, zmęczenie lub utrata masy ciała.

Opis przypadku: 28-letnia pacjentka była dwukrotnie hospitalizowana w Klinice Dermatologii celem diagnostyki i leczenia licznych, bolesnych guzów zlokalizowanych w obrębie policzka lewego, tułowia, kończyn dolnych i górnych, z towarzyszącą wysoką gorączką. Pierwsza hospitalizacja była poprzedzona obustronnym zapaleniem oczodołu, które leczone było przez okulistę doustnymi glikokortykosteroidami. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone CRP i zwiększoną aktywność enzymów wątrobowych, panele przeciwciał w twardzinie układowej i *myositis* były ujemne. Po konsultacji chirurga szczękowo-twarzowego wykonano biopsję aspiracyjną cienkoigłową, która wykazała obecność tkanki łącznej i limfocytów w aspiracie. Po antybiotykoterapii i steroidoterapii uzyskano przejściowo poprawę kliniczną. Następnie doszło do nawrotu zmian skórnych, pacjentkę ponownie przyjęto do Kliniki. Odnotowano zwiększoną aktywność LDH, podwyższone stężenie Ca 125 i Ca 15.5 oraz leukopenię. Pobrano wycinek ze zmiany skórnej w obrębie policzka lewego do badania histopatologicznego. Obraz mikroskopowy odpowiadał SPTL. Po konsultacji onkologicznej pacjentka została skierowana do Centrum Leczenia Chłoniaków, gdzie w wyniku leczenia metotreksatem i glikokortykosteroidami, uzyskano całkowitą remisję. Pacjentka obecnie pozostaje pod okresową kontrolą onkologiczną.

Wnioski: SPTL charakteryzuje się 5-letnim przeżyciem pomiędzy 85 a 91% i powolnym przebiegiem klinicznym. Objawy SPTL są zwykle niespecyficzne i mogą sugerować infekcję oraz choroby z kręgu reumatologicznych. Podkreśla to trudności diagnostyczne i niekiedy prowadzi do opóźnienia postawienia właściwego rozpoznania.

ACRAL PEELING SKIN SYNDROME

Daria Gierach, Agnieszka Żebrowska

Klinika Dermatologii i Wenerologii USK im. WAM, Łódź

Wstęp: *Acral peeling skin syndrome* jest rzadką genodermatozą o dziedziczeniu autosomalnym recesywnym. Choroba ujawnia we wczesnym dzieciństwie. Charakteryzuje się obecnością wiotkich pęcherzy oraz powierzchownym złuszczeniem w obrębie dłoni i stóp, bez cech stanu zapalnego. Zmiany skórne goją się bez obecności blizn, czasem pozostawiając resztkowy rumień. Zaostrzają się w okresach zwiększonej temperatury otoczenia, wilgotności oraz urazu.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie przypadku 13-letniego chłopca z podejrzeniem *acral peeling skin syndrome*.

Opis przypadku: 13-letni pacjent zgłosił się do poradni dermatologicznej z powodu rumieni, wiotkich pęcherzy oraz zmian rumieniowo-złuszczeniowych zlokalizowanych na powierzchniach grzbietowych, poduszkowych i bocznych stóp. Ponadto zaobserwowano dyskretne zmiany rumieniowe z obwodowym złuszczeniem w obrębie dłoni. Pierwsze zmiany skórne na stopach pojawiły się w 6. roku życia. Następnie choroba ulegała zaostrzeniom w sezonie wiosenno-letnim, w okresach wzmoczonej potliwości skóry. Pacjent nie obserwował poprawy po miejscowych glikokortykosteroidach oraz emolientach. Ulgę przynosiły wyłącznie preparaty redukujące nadmierną potliwość. U siostry pacjenta występowały podobne zmiany na dłoniach i stopach. Rodzice dzieci są niespokrewnieni i nie prezentowali objawów choroby.

Wyniki: Pobrano wycinek skóry do badania immunopatologicznego w którym nie uwidoczniło złoży przeciwciał. W badaniu histopatologicznym nie stwierdzono pęcherzy i rozwarstwień naskórka a elementy nacieku zapalnego praktycznie były nieobecne. Całość nie była zbyt diagnostyczna.

Wnioski: U pacjenta podejrzewamy APS z względu na powierzchowne złuszczenie w obrębie zmian skórnych, brak napiętych pęcherzy, bliznowacenia. Negatywny wywiad w kierunku chorób dermatologicznych u rodziców chłopca może przemawiać za dziedziczeniem recesywnym, wykluczając *epidermolysis bullosa simplex*. Chorego skierowano do poradni genetycznej. Obecnie oczekuje na wyniki badań genetycznych.

ZESPÓŁ BIRTA-HOGG-DUBÉGO — OBRAZ KLINICZNY, LECZENIE ORAZ PROFILAKTYKA ONKOLOGICZNA

Bartosz Woźniak, Jolanta Węglowska

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

Wstęp: Zespół Birta-Hogg-Dubégo jest rzadką genodermatozą o dziedziczeniu autosomalnie dominującym. Choroba powstaje w wyniku mutacji genu *FLCN* kodującego folikulinę. Najbardziej charakterystyczną cechą są liczne, drobne, białe grudki zlokalizowane w okolicy twarzy oraz szyi. Ponadto w toku diagnostyki często stwierdza się torbiele płuc, samoistne odmy opłucnowe oraz zwiększone ryzyko nowotworów nerki.

Materiał i metody: 69-letni pacjent został przyjęty do oddziału Dermatologii z powodu podejrzenia guzowatości nosa w przebiegu trądziku różowatego oraz zespołu Favre-Racouchot celem leczenia chirurgicznego i farmakologicznego. W badaniu przedmiotowym przy przyjęciu stwierdzono przerost skóry w okolicy nosa oraz liczne niewielkie, białe grudki skupione głównie w okolicy nosa oraz policzków. Zmiany pojawiły się w wieku około 35–40 lat. Pacjent wcześniej leczony licznymi antybiotykami miejscowymi i ogólnymi (w tym metronidazolem w żelu oraz doksycyliną doustną) bez efektu terapeutycznego. Ze względu na charakterystyczną morfologię zmian, dodatni wywiad rodzinny (ojciec pacjenta miał podobne problemy skórne) przed zabiegiem laserowym zdecydowano o pobraniu 2 biopsji sztancowych z grudek w okolicy nosa i policzka. W leczeniu pacjenta zastosowano zabieg przy użyciu lasera ablacyjnego uzyskując częściową poprawę stanu klinicznego.

Wyniki: W obrazie histopatologicznym stwierdzono, że obie zmiany mają charakter *trichodiscoma* oraz mogą odpowiadać obrazowi zespołu Birta-Hogg-Dubégo. Z tego względu zdecydowano o poszerzeniu diagnostyki o badanie obrazowe płuc oraz nerek. W badaniu RTG klatki piersiowej stwierdzono 4 cienie pierścieniowate mogące odpowiadać torbielom płuc oraz zmiany włókniste - najprawdopodobniej pozapalne lub po wcześniej przebytych odmachach. W badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej nie stwierdzono odchyłań od normy.

PEMFIGOID PĘCHERZOWY JAKO DZIAŁANIE NIEPOŻĄDANE IMMUNOTERAPII CZERNIAKA NIWOLUMABEM

Mateusz Mleczek, Bartłomiej Wawrzycki, Dorota Krasowska

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej w Lublinie

Wstęp: Pemfigoid pęcherzowy to przewlekła choroba skóry cechująca się dużymi, dobrze napiętymi pęcherzami występującymi zarówno na podłożu rumieniowo-obrzękowym, jak i na skórze pozornie niezmiennionej z towarzyszącym dokuczliwym świądem. Przyczyną powstawania zmian pęcherzowych jest obecność autoprzeciwciał skierowanych przeciw antygenom błony podstawnej. Celem pracy jest prezentacja przypadku pacjenta z pemfigoidem pęcherzowym, który rozwinął się po immunoterapii czerniaka niwolumabem.

Opis przypadku: W marcu 2020 roku do Poradni Dermatologii zgłosił się Pacjent ze zmianami rumieniowymi, rumieniowo-złuszczającymi oraz pęcherzami o dobrze napiętej pokrywie zlokalizowanymi na tułowiu, ramionach i udach, które pojawiły się ok. 2 miesięcy wcześniej. Zmianom skórnym towarzyszył świąd. W 2011 roku u Pacjenta zdiagnozowano czerniaka skóry tułowia. Z powodu obecności przerzutów w węzłach chłonnych Pacjent w 2014 roku przeszedł kurs radioterapii. Następnie od 2018 roku rozpoczęto terapię niwolumabem z zastosowaniem 50 kursów w dawce 240 mg, która była kontynuowana do czasu hospitalizacji w Klinice Dermatologii. Podczas pobytu w Klinice Dermatologii w marcu 2020 roku u Pacjenta wykonano badanie histopatologiczne, badanie immunofluorescencji bezpośredniej oraz badanie bio-chip, które pozwoliły na rozpoznanie pemfigoidu pęcherzowego. W leczeniu zastosowano puls metyloprednizolonu, a następnie włączono prednizon w dawce 30 mg. W warunkach ambulatoryjnych przy próbach zmniejszenia dawki prednizonu następował nawrót dolegliwości, w związku z czym Pacjent był ponownie hospitalizowany w grudniu 2020 roku i marcu 2021 roku, wówczas podano metyloprednizolon. Od czerwca 2021 roku wraz z redukcją dawki sterydów u Pacjenta obserwowano zmniejszanie się dolegliwości i zmian skórnych, ostatecznie uzyskując remisję choroby.

Wnioski: Niwolumab jako przeciwciało monoklonalne skierowane przeciwko immunoregulatorowemu receptorowi PD-1 znajdującemu się na powierzchni limfocytów T okazał się skuteczną metodą leczenia wielu nowotworów. Niestety w związku z wyzwalaniem reakcji immunologicznych wiąże się z rozwojem tzw. działań niepożądanych pochodzenia immunologicznego (irAE, *immune-related adverse events*), z których najczęstsze są zmiany skórne. Dlatego należy pamiętać, że u Pacjentów ze świądem oraz zmianami skórnymi opornymi na steroidy miejscowe

lekarze powinni pamiętać o potencjalnym wpływie niwolumabu na rozwój pemfigoidu pęcherzowego.

WYSIEWNE AKRALNE ZNAMIONA MELANOCYTOWE U DZIECI — OPIS PRZYPADKU I PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Martyna Kłossowska¹, Martyna Sławińska^{1,*}, Michał Sobjanek^{2,*}

Dermatologiczne Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

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

*Opiekunowie pracy

Wstęp (Cel): Wysiewne znamiona melanocytowe (EMN, *eruptive melanocytic naevi*) jest to rzadkie zjawisko kliniczne charakteryzujące się nagłym pojawieniem się mnogich znamion melanocytowych na wcześniej niezmiennionej skórze. Etiopatogeneza EMN nie została dokładnie wyjaśniona, jednak opisywano ich występowanie u pacjentów w różnym wieku w związku z długotrwałą immunosupresją, chemioterapią, chorobami pęcherzowymi skóry, zarażeniem wirusem HIV oraz w związku ze stosowaniem niektórych leków. EMN najczęściej pojawiają się na tułowiu i kończynach, a w przypadku stosowania immunosupresji charakterystycznym miejscem powstawania zmian są stopy. Występowanie EMN wiąże się ze zwiększonym ryzykiem późniejszego rozwoju zmian dysplastycznych oraz czerniaka.

Materiał i metody: Przedstawienie rzadkiego przypadku klinicznego dziecka z wysiewnymi znamionami melanocytowymi w lokalizacji akralnej.

Wyniki: Pacjenta 10-letniego konsultowano z powodu zmian barwnikowych na podszewkach stóp, które pojawiły się około 6 miesięcy wcześniej. U pacjenta 5 miesięcy wcześniej zakończono leczenie ostrej białaczki limfoblastycznej (ALL) metodą chemioterapii (według AIEOP BFM ALL 2017). Na podstawie badania klinicznego i dermoskopowego rozpoznano EMN. Pacjenta zakwalifikowano do obserwacji wideodermoskopowej.

Wnioski: Wysiewne znamiona melanocytowe mogą rozwinąć się w wyniku leczenia nowotworów u dzieci. Istotne jest poddawanie kontroli dermatologicznej pacjentów leczonych metodą chemioterapii, ze szczególnym uwzględnieniem dermoskopii nowo zaobserwowanych zmian barwnikowych. Ze względu na wzrost ryzyka rozwoju czerniaka u pacjentów z EMN zalecana jest długoterminowa obserwacja oraz fotoprotekcja.