

STRESZCZENIA

Zastosowanie metotreksatu w terapii autoimmunologicznych chorób tkanki łącznej

Joanna Gruber, Michał Musioł, Joanna Maj, Adam Reich

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii we Wrocławiu

Wprowadzenie. Metotreksat jest lekiem immunosupresyjnym należącym do antagonistów kwasu foliowego. Podstawowym wskazaniem do zastosowania metotreksatu w dermatologii jest leczenie ciężkich postaci łuszczycy, jednak w codziennej praktyce dermatologicznej metotreksat ma dużo szersze zastosowanie. Zapalenie skórno-mięśniowe (*dermatomyositis* – DM) i twardzina ograniczona to dwie wskazywane w piśmiennictwie jednostki chorobowe, w przypadku których metotreksat może być stosowany i przynosi wymierne korzyści terapeutyczne.

Cel pracy. Przedstawienie dwóch przypadków klinicznych, w których terapii wykorzystano metotreksat ze wskazań pozarejestacyjnych, odnosząc dużą korzyść terapeutyczną przy ograniczonych działaniach niepożądanych.

Opis przypadków. Pierwszy przypadek dotyczy 33-letniego mężczyzny z rozpoznaniem DM (klasyczne objawy ze strony mięśni, podwyższona aktywność kinazy kreatynowej, grudki Gottrona i rumień okularowy), u którego stosowano skojarzone leczenie metotreksatem i pulsoterapią metyloprednizolonem. U chorego zwracało uwagę stale podwyższone stężenie α -fetoproteiny, choć mimo szerokiej diagnostyki nie potwierdzono procesu nowotworowego, w przypadku którego DM mógłby zostać uznany za rewelator paraneoplastyczny. Drugi opis dotyczy 64-letniej kobiety chorującej na twardzinę głęboką, która z powodu znacznej rozległości zmian skórnych i dużego ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu otrzymała skojarzone leczenie PUVA-terapią, prednizonem i metotreksatem, co początkowo pozwoliło na stabilizację procesu chorobowego, a następnie stopniową poprawę stanu miejscowego. W obu omawianych przypadkach leczenie było dobrze tolerowane.

Wnioski. Dwa przedstawione przypadki potwierdzają doniesienia w literaturze na temat skutecznego i bezpiecznego stosowania metotreksatu we wskazaniach pozarejestacyjnych, jakimi są DM i twardzina głęboka.

Opryszczkowate zapalenie skóry o nietypowym obrazie klinicznym – prezentacja przypadku

Katarzyna Juczyńska, Anna Woźniacka, Elżbieta Waszczykowska, Agnieszka Żebrowska

Klinika Dermatologii i Wenerologii

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Opryszczkowate zapalenie skóry (*dermatitis herpetiformis*, choroba Dühringa) i linijna IgA dermataza pęcherzowa (ang. *linear IgA bullous dermatosis* – LABD) należą do spektrum chorób pęcherzowych podnaskórkowych. W polimorficznym obrazie klinicznym *dermatitis herpetiformis* przeważają drobne pęcherzyki o opryszczkowatym układzie, wykwitły grudkowo-pęcherzykowe i nadżerki, obecne głównie w predysponowanych okolicach (pośladki, kolana, łokcie, skóra owłosiona głowy). W linijnej IgA dermatozie dominują zmiany rumieniowe i rumieniowo-grudkowe z pęcherzykami i pęcherzami o obrączkowatym układzie. Zmiany mogą być zlokalizowane na tułowiu, kończynach, głowie i twarzy. Chorobowo zmienione mogą być również błony śluzowe. O diagnostyce różnicowej tych dwóch jednostek chorobowych decydują badania immunopatologiczne oraz serologiczne.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku pacjentki z opryszczkowatym zapaleniem skóry o obrazie klinicznym sugerującym linijną IgA dermatozę pęcherzową.

Opis przypadku. Pacjentka 33-letnia została przyjęta do Kliniki z powodu zaostrzenia zmian skórnych w przebiegu choroby Dühringa. Przy przyjęciu stwierdzono rozsiane zmiany skórne obecne głównie na tułowiu i kończynach, o charakterze obrączkowatych, rumieniowo-obrzękowych wykwitów z nadżerkami oraz pęcherzykami na obwodzie. Ze względu na obraz kliniczny sugerujący rozpoznanie LABD zdecydowano o ponowieniu diagnostyki immunopatologicznej i serologicznej. Wykonane badania potwierdziły rozpoznanie choroby Dühringa. Zalecono leczenie (dieta bezglutenowa, dapson w dawce 50 mg/dobę) i uzyskano poprawę w zakresie zmian skórnych i dolegliwości podmiotowych.

Wnioski. Prezentujemy przypadek ze względu na niecharakterystyczny, rzadko spotykany obraz kliniczny opryszczkowatego zapalenia skóry.

Pemfigoid pęcherzowy u pacjenta z przewlekłą niewydolnością nerek leczonego hemodializami. Opis przypadku klinicznego i przegląd piśmiennictwa

Katarzyna Osipowicz, Agnieszka Kalińska-Bienias, Cezary Kowalewski, Katarzyna Woźniak

Klinika Dermatologii i Immunodermatologii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. Pemfigoid pęcherzowy (*pemphigoid bullosus* – BP) jest chorobą autoimmunologiczną dotyczącą osób po 65. roku życia. Choroba charakteryzuje się występowaniem autoprzeciwciał skierowanych przeciw antygenowi 180 kD błony podstawnej. U pacjentów stwierdza się napięte pęcherze na podłożu rumieniowym lub na skórze niezmienionej.

Cel pracy. Przedstawienie pacjenta z przewlekłą niewydolnością nerek leczonego hemodializami, u którego rozwinął się pemfigoid.

Opis przypadku. Przedstawiamy przypadek 33-letniego mężczyzny chorującego na schyłkową przewlekłą niewydolność nerek (ang. *end-stage renal disease* – ESRD) od 2007 roku. Po zdiagnozowaniu ESRD pacjent został poddany przeszczepowi nerki i był leczony prednizonem, cyklosporyną oraz mykofenolanem mofetylu. Po odrzuceniu przeszczepu wykonano przetokę na prawym przedramieniu i rozpoczęto hemodializy. Pacjent ponadto cierpi na nadciśnienie naczyniowo-nerkowe i jest przewlekłe leczony amlodypiną i metoprololem. Pacjent zgłosił się do Kliniki Dermatologii i Immunodermatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w lutym 2015 roku z powodu dobrze napiętych pęcherzy na przedramionach z towarzyszącym uogólnionym świądem skóry. W badaniu DIF wykazano linijne złoża IgG w błonie podstawnej, a w teście BIOCHIP przeciwciała IgG reagowały z rekombinowanym fragmentem NC16a antygeny BP180 charakterystycznie dla pemfigoidu. Pacjent został poddany leczeniu tetracykliną (1 g/dobę) oraz miejscowo propionianem klobetazolu. Po 3 tygodniach stwierdzono ustąpienie zmian skórnych. Do chwili obecnej pacjent pozostaje w remisji klinicznej.

Wnioski. Dotychczas w piśmiennictwie opisano 7 przypadków współwystępowania BP z niewydolnością nerek oraz dializoterapią. Czynnikiem prowokującym wystąpienie BP może być uraz związany z założeniem przetoki.

Łuszczyca plackowata i stawowa o ciężkim przebiegu ze współistnieniem rodzinnej częściowej lipodystrofii wrodzonej z mutacją genu laminy A/C – trudności w leczeniu biologicznym łuszczycy

Dominik Ludew, Monika Kapińska-Mrowiecka

Oddział Dermatologii Szpitala Specjalistycznego
im. Stefana Żeromskiego w Krakowie

Cel pracy. Zaprezentowanie rzadkiego zespołu genetycznego współistniejącego z łuszczycą.

Opis przypadku. Pacjentka, lat 25, przez wiele lat była leczona na Oddziale Dermatologii Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie z powodu łuszczycy plackowatej o ciężkim przebiegu i łuszczycy stawowej. Zwracała uwagę charakterystyczna budowa ciała pacjentki, jej ojca i siostry – gromadzenie się tkanki tłuszczowej w obrębie skóry karku, szyi i twarzy z zanikiem tkanki tłuszczowej skóry pośladków i podudzi oraz z nadmiernym rozwojem tkanki mięśniowej w tych obszarach. Od 12. do 22. roku życia u pacjentki wykorzystywano dostępne metody leczenia systemowego: metotreksat (MTX) w dawce 15 mg/tydzień – terapię przerwano z powodu wzrostu stężenia transaminaz, fototerapię PUVA, UVB oraz cyklosporynę (powikłanie krwinkomoczem). Pacjentka była leczona adalimumabem przez 6 miesięcy, leczenie przerwano z powodu 3-krotnego wzrostu stężenia transaminaz. Po 6-miesięcznej przerwie, w której podwyższone stężenie transaminaz utrzymywało się, pacjentka była leczona etanerceptem przez ponad 12 miesięcy. W trakcie terapii obserwowano ponad 50-procentową redukcję w skali PASI i znaczącą redukcję objawów stawowych. Leczenie przerwano z powodu 3-krotnego wzrostu stężenia transaminaz. Wykluczono infekcyjne i autoimmunologiczne schorzenia wątroby. Rozpoznano zespół policystycznych jajników, a w leczeniu stosowano metforminę. W 2015 roku otrzymano wyniki badania genetycznego. Metodą sekwencjonowania DNA stwierdzono obecność heterozygotycznej mutacji CGG > TGG, prowadzącej do zmiany aminokwasu R > W w pozycji 482 łańcucha laminy A/C (1q21–22). Rozpoznano częściową rodzinną lipodystrofię typu 2. Wspomnianą mutację stwierdzano dotąd w 6 rodzinach i 3 sporadycznych przypadkach tej choroby.

Wnioski. Dotychczas nie opisywano współistnienia lipodystrofii częściowej z łuszczycą. Zaburzenie genetyczne może powodować zwiększenie stężenia

transaminaz, co skutkuje koniecznością przerwania leczenia systemowego łuszczycy.

niezność indywidualnego podejścia do planowania terapii u pacjentów z EPS.

Elastosis perforans serpiginosa – opis przypadku

Klaudia Orłowska-Orlik, Jolanta D. Torzecka

Klinika Dermatologii i Wenerologii
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. *Elastosis perforans serpiginosa* (EPS) jest rzadką chorobą skóry, należąca do grupy dermatoz perforujących. Ich istotą są zaburzenia przelnaskórkowej eliminacji produktów metabolizmu pochodzących z głębszych warstw skóry – w przypadku EPS są to włókna elastyczne o nieprawidłowej budowie. Patogeneza choroby nie jest do końca poznana. Stwierdzono, że występuje ona znamienne częściej u pacjentów z aberracjami chromosomalnymi, chorobami tkanki łącznej i cukrzycą.

Cel pracy. Przedstawienie trudności w diagnostyce i leczeniu zmian skórnych u chorej z *elastosis perforans serpiginosa*.

Opis przypadku. Pacjentka 41-letnia, ogólnie zdrowa, zgłosiła się do Kliniki w marcu 2015 roku z powodu utrzymujących się od kilku miesięcy, początkowo ograniczonych, a następnie rozsianych na tułowiu, kończynach górnych i szyi zmian o charakterze kopulastych grudek z kraterowatym, sączącym ubytkiem lub czopem rogowym w centrum, układających się miejscami w ogniska obrączkowate. Zmianom towarzyszył umiarkowany świąd skóry. Wykonane kilkakrotnie badania histopatologiczne wycinków skóry sugerowały różnorodne rozpoznania: *xanthoma veruciformis*, *granuloma annulare*, *lupus vulgaris*, *necrobiosis lipoidica*, *morbus Kyrle*, *elastosis perforans serpiginosa*. Ze względu na obrączkowaty układ wykwitów wykonano również badania immunologiczne (DIF i IIF), które wykluczyły rozpoznanie choroby pęcherzowej. Na podstawie obrazu klinicznego i obserwowanej ewolucji wykwitów potwierdzono diagnozę *elastosis perforans serpiginosa*. Wykorzystano różne metody leczenia: miejscową aplikację preparatów glikokortykosteroidowych, elektrokoagulację i krioterapię, doustne i miejscowe retinoidy, dzięki czemu uzyskano częściową poprawę kliniczną.

Wnioski. *Elastosis perforans serpiginosa* jest dermatozą sprawiającą wiele trudności zarówno na etapie diagnostyki, jak i leczenia. Obecnie ważne miejsce w terapii zajmują miejscowo stosowane pochodne witaminy A. Opisany przypadek wskazuje na ko-

Korelacja obrazu klinicznego, dermoskopowego i histopatologicznego w chorobie Grovera

Marta Makowska, Joanna Czuwara

Katedra i Klinika Dermatologiczna
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. Choroba Grovera (*transient acantholytic dermatosis*) charakteryzuje się występowaniem swędzących, grudkowych i grudkowo-pęcherzykowych wykwitów, głównie na tułowiu i kończynach. Choroba Grovera może sprawiać trudności diagnostyczne. Podstawą rozpoznania jest badanie histopatologiczne, w którym wykazuje się ogniskową akantolizę ponad warstwą podstawną naskórka z rogowaceniem o typie dyskeratozy. Wyróżnia się cztery podstawowe odmiany histologiczne – typu choroby Dariera, choroby Haileya-Haileya, pęcherzycy i wyprysku.

Cel pracy. Analiza obrazu klinicznego, histopatologicznego i dermoskopowego zmian skórnych u dwóch pacjentów z chorobą Grovera.

Opis przypadków. Pierwszy pacjent to 58-letni mężczyzna, u którego na skórze tułowia i kończyn wystąpiły rozsiane hiperkeratotyczne zmiany grudkowe. W badaniu histopatologicznym stwierdzono cechy ogniskowej akantolizy i dyskeratozy w naskórku. W badaniu dermoskopowym zaobserwowano wielokątne, żółto-brązowe struktury otoczone białym „halo”, odpowiadające ogniskom dyskeratozy i pogrubienia warstwy rogowej. Występowały pojedyncze ogniska odpowiadające wydzielinie surowiczej i wynaczynieniom, poszerzone naczynia krwionośne oraz regularne, owalne, białe struktury z żółtym środkiem, co może odpowiadać pustym mieszkom włosowym z nieprawidłowym rogowaceniem w ujściach. Drugi pacjent to 82-letni mężczyzna z rozległymi zmianami łuszczycy- i wypryskopodobnymi. W badaniu histopatologicznym stwierdzono cechy akantolizy w naskórku z liszajowatym i okołonaczyniowym odczynem zapalnym. W badaniu dermoskopowym wykazano nieregularne, poszerzone naczynia krwionośne i brązowe, drobne, wielokątne ogniska z łuską na powierzchni.

Wnioski. Dermoskopia może być metodą pomocną w diagnostyce różnicowej choroby Grovera. Do cech dermoskopowych stwierdzanych u naszych pacjen-

tów z chorobą Grovera należą wielokątne, żółto-brązowe struktury pokryte łuską lub surowiczo-krwotocznym strupem oraz rozszerzone naczynia krwionośne.

Scleredema Buschke

Małgorzata Putała-Pośpiech, Ewa Robak,
Elżbieta Waszczykowska, Jolanta D. Torzecka,
Anna Woźniacka

Klinika Dermatologii i Wenerologii
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. *Scleredema Buschke* to rzadko występujące schorzenie o dwóch szczytach zapadalności – w wieku dziecięcym oraz u młodych kobiet. Często powstaje bez uchwytnej przyczyny, może jednak być poprzedzone infekcją (najczęściej paciorkowcową) oraz towarzyszyć cukrzycy lub monoklonalnej gammopatii.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku młodej kobiety z rozległym stwardnieniem skóry, które rozwinęło się w ciągu 2 tygodni.

Opis przypadku. Pacjentka, lat 37, została przyjęta do Kliniki z powodu symetrycznych, szybko postępujących stwardnień skóry i tkanki podskórnej obejmujących początkowo twarz, szyję i dekol, a następnie górną część tułowia, ramiona i przedramiona. Wystąpienie pierwszych zmian było poprzedzone intensywnym stresem oraz infekcją górnych dróg oddechowych. W wynikach badań dodatkowych stwierdzono podwyższony poziom ASO, przeciwciał przeciwjądrowych ANA (SSA++, Ro- 52+++), w proteinogramie sugestia obecności białka monoklonalnego, w immunofiksacji ślad białka κ , najprawdopodobniej wtórnie do choroby o podłożu autoimmunologicznym. W obrazie histopatologicznym zauważono niezmienny naskórek, powierzchowne obszary skóry z cechami włóknienia i deplecji fibroblastów. Na podstawie obrazu klinicznego, danych z wywiadu oraz wyników badań dodatkowych rozpoznano *scleredema Buschke*. W leczeniu początkowo stosowano naświetlania UVA1, jednak ze względu na złą tolerancję oraz brak poprawy klinicznej zmodyfikowano terapię. Włączono antybiotyk, pulsy z metyloprednizolonu, prednizon, metotreksat i uzyskano umiarkowaną poprawę kliniczną w postaci zahamowania postępu choroby oraz nieznacznego zmniejszenia nasilenia stwardnień.

Wnioski. Prezentujemy przypadek ze względu na szybko postępujące zmiany stwardnieniowe u młodej kobiety, wymagające szerokiej diagnostyki, jak również z powodu trudności terapeutycznych.

Linijna IgA dermatoza pęcherzowa – prezentacja przypadku

Izabela Dzikowska, Karolina Mohr,
Agnieszka Gerkowicz, Grażyna Chodorowska,
Dorota Krasowska

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

Wprowadzenie. Linijna IgA dermatoza pęcherzowa (ang. *linear IgA bullous dermatosis* – LABD) jest rzadkim, autoimmunologicznym, pęcherzowym schorzeniem skóry, o którego rozpoznaniu decyduje charakterystyczny obraz immunofluorescencji bezpośredniej (ang. *direct immunofluorescence* – DIF).

Cel pracy. Przedstawienie różnorodności morfologicznej zmian skórnych.

Opis przypadku. Do Kliniki Dermatologii w Lublinie został przyjęty 68-letni pacjent z powodu wysiewu licznych, drobnych, dobrze napiętych pęcherzy o układzie rozetowym, na podłożu rumieniowo-obrzękowym. Wykwity były zlokalizowane na skórze całego ciała, ponadto na błonach śluzowych jamy ustnej występowały nadżerki. Dodatkowo na powiekach były obecne liczne, drobne pęcherze z towarzyszącym zapaleniem spojówek. Pacjent odczuwał świąd i pieczenie w miejscu wykwitów chorobowych, jednak jego stan ogólny był dobry. W trakcie diagnostyki w badaniu cytologicznym z dna pęcherza stwierdzono 20% eozynofiliów oraz brak komórek akantolitycznych. W badaniu DIF stwierdzono natomiast obecność przeciwciał przeciwko błonie podstawnej naskórka w klasie IgA o intensywnym stopniu świecenia (++) w rozpoznaniu różnicowym brano pod uwagę inne choroby pęcherzowe o podłożu autoimmunologicznym, w tym pemfigoid i nabyte pęcherzowe oddzielanie się naskórka, a także reakcje polekowe skóry.

Wnioski. Różnorodność cech morfologicznych zmian skórnych nie pozwala na rozpoznanie choroby tylko na podstawie obrazu klinicznego. Niezbędne jest potwierdzenie podejrzenia choroby za pomocą badania immunologicznego.

Skórne manifestacje toczenia rumieniowatego układowego przypominające inne choroby dermatologiczne – prezentacja trzech przypadków klinicznych

Mariusz Sikora^{1,2}, Katarzyna Polak-Witka¹,
Joanna Czuwara¹, Małgorzata Olszewska¹, Lidia Rudnicka^{1,3}

¹Katedra i Klinika Dermatologiczna

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Zakład Fizjologii i Patofizjologii Eksperymentalnej

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

³Zakład Neuropeptydów Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej w Warszawie

Wprowadzenie. Toczeń rumieniowaty układowy (ang. *systemic lupus erythematosus* – SLE) jest zaliczany do grupy autoimmunologicznych chorób tkanki łącznej i ma zróżnicowany obraz kliniczny. Zmiany skórne, należące do najczęstszych objawów choroby, podzielono na postać ostrą, podostłą i przewlekłą. Jednak pierwsze objawy skórne SLE nie zawsze mają typowy charakter i mogą się upodabniać do innych jednostek chorobowych.

Cel pracy. Przedstawienie trzech pacjentek z rozpoznaniem SLE, u których choroba rozpoczęła się nietypowymi zmianami skórnymi.

Opis przypadków. Przypadek 1: Pacjentka, lat 25, skierowana z podejrzeniem rumienia wielopostaciowego, w związku z utrzymującymi się od 2 tygodni wykwitami rumieniowo-obrzękowymi, przypominającymi kształtem tarczę strzelniczą. Obraz histologiczny wycinka skóry ze zmian zawierał cechy charakterystyczne zarówno dla rumienia wielopostaciowego, jak i toczenia. Rozpoznanie: zespół Rowella. Przypadek 2: Pacjentka, lat 18, trafiła do Kliniki w trybie nagłym z wstępnym rozpoznaniem zespołu Stevensa-Johnsona. Przy przyjęciu na błonie śluzowej jamy ustnej stwierdzono nadżerki pokryte surowiczo-ropną wydzieliną oraz nawarstwione, krwotoczne strupy na czerwieni wargowej. Rozpoznanie: owrzodzenia jamy ustnej w przebiegu SLE. Przypadek 3: Pacjentka, lat 59, przyjęta w celu rozpoznania przyczyn pokrzywki przewlekłej. Bąble pokrzywkowe utrzymywały się ponad 24 godziny, a część charakteryzowała się komponentem krwotocznym i ustępowaniem z pozostawieniem przebarwienia. W badaniu histopatologicznym stwierdzono cechy leukocytoklastycznego zapalenia naczyń. Rozpoznanie: pokrzywka naczyniowa w przebiegu SLE. W powyższych przypadkach po badaniu podmiotowym i przedmiotowym oraz otrzymaniu wyników badań laboratoryjnych i immunologicznych, na podstawie kryteriów SLICC, ustalono rozpoznanie SLE.

Wnioski. Spektrum objawów skórnych toczenia jest bardzo szerokie i może imitować inne dermatozy. Świadomość występowania nietypowych objawów skórnych w przebiegu SLE może przyspieszyć postawienie właściwej diagnozy i rozpoczęcie leczenia.

Długotrwała remisja pęcherzycy zwykłej po leczeniu rytuksymabem – opis przypadku

Mariusz Sikora^{1,2}, Marta Makowska¹,
Marta Sar-Pomian¹, Małgorzata Olszewska¹,
Lidia Rudnicka^{1,3}

¹Katedra i Klinika Dermatologiczna

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Zakład Fizjologii i Patofizjologii Eksperymentalnej

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

³Zakład Neuropeptydów Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej w Warszawie

Wprowadzenie. Rytuksymab jest chimerycznym ludzko-mysim przeciwciałem monoklonalnym, powodującym niszczenie limfocytów B i pre-B poprzez wiązanie się z przezbłonowym antygenem CD20. Wyniki badań klinicznych wskazują na skuteczność rytuksymabu w ciężkich i opornych na leczenie postaciach pęcherzycy.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku pęcherzycy zwykłej skutecznie leczonego rytuksymabem.

Opis przypadku. Pacjent 20-letni hospitalizowany w Klinice Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu rozsianych zmian nadżerkowych zlokalizowanych na błonach śluzowych jamy ustnej i narządów płciowych, na skórze klatki piersiowej, twarzy oraz skórze owłosionej głowy. Metodą immunofluorescencji bezpośredniej wykryto związane *in vivo* złożone IgG(++) w przestrzeniach międzykomórkowych naskórka. Miano przeciwciał w surowicy oznaczone metodą immunofluorescencji pośredniej wynosiło 2560 na przelyku małpy i 640 na przelyku świnki morskiej. Na podstawie obrazu klinicznego i wyników badań immunopatologicznych rozpoznano pęcherzycę zwykłą. W leczeniu zastosowano początkowo prednizon (1 mg/kg m.c.) w skojarzeniu z azatiopryną (3 mg/kg m.c.). Ze względu na nieskuteczność leczenia immunosupresyjnego oraz wystąpienie działań niepożądanych glikokortykosteroidów (zespół Cushinga, depresja) zdecydowano o rozpoczęciu leczenia biologicznego. Włączono rytuksymab w pojedynczym cyklu, podanym dwukrotnie w dawce 1000 mg z odstępem 2-tygodniowym. Utrzymano

ponadto leczenie prednizonem, odstawiono azatio-prynę i włączono cyklosporynę (3 mg/kg m.c.). Po 4 miesiącach zaobserwowano remisję kliniczną, po 5 miesiącach stwierdzono negatywną serologiczną. W ciągu półtorarocznego okresu obserwacji nie stwierdzono nawrotu choroby ani zdarzeń niepożądanych terapii rytuksymabem.

Wnioski. Przedstawiamy przypadek kortykosteroidoopornej pęcherzycy zwykłej skutecznie leczonej rytuksymabem. Potrzebne są dalsze badania nad jego długotrwałą skutecznością, bezpieczeństwem i optymalnym schematem dawkowania w pęcherzycy.

Lupus erythematosus tumidus – opis przypadku

Natalia Zdanowska, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Waldemar Placek

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

Wprowadzenie. *Lupus erythematosus tumidus* (LET), postać obrzękowa, jest zaliczana do tzw. przejściowego lub okresowo nawracającego podtypu tocznia skórno-śluzniczego. Klinicznie zmiany mają charakter pojedynczych lub mnogich wykwitów obrzękowych, a w niektórych przypadkach głębokich nacieków lub guzów. Do prawidłowego rozpoznania, poza kliniczną oceną zmian skórnych, niezbędne jest wykonanie badania histopatologicznego, które stanowi podstawę różnicowania.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku postaci obrzękowej tocznia rumieniowatego u pacjentki Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej w Olsztynie.

Opis przypadku. Pacjentka 44-letnia, będąca pod opieką Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej w Olsztynie z powodu zmian skórnych w przebiegu *lupus erythematosus profundus* (zmiany rumieniowo-złuszczające skóry dekoltu oraz twarzy, a także zmiany rumieniowo-zanikowe ze złuszczeniem na skórze ramienia lewego). W badaniach laboratoryjnych stwierdzono obniżony poziom składowej C3 dopełniacza. W badaniu histopatologicznym uzyskano obraz morfologiczny, który może odpowiadać podostrej skórnej postaci tocznia rumieniowatego (ang. *subacute cutaneous lupus erythematosus* – SACLE), a w badaniu immunopatologicznym stwierdzono złogi IgM w szczytach brodawek skóry. Przeciwciała przeciwdrobnoustrojowe – miano 1 : 640, przeciwciała przeciwkardiolipinowe

ACA IgM – ujemny, przeciwciała przeciwkardiolipinowe ACA IgG – ujemny. Antykoagulanty tocznia DRVVT – test przesiewowy: ujemny.

Wnioski. *Lupus erythematosus tumidus* jest uznawany za odrębną postać tocznia rumieniowatego skórno-śluzniczego o charakterystycznym obrazie klinicznym, który jednak nie może stanowić o rozpoznaniu. W procesie diagnostycznym niezbędne jest uwzględnienie wyników badań histopatologicznych, immunohistochemicznych, serologicznych oraz prób świetlnych. Znajomość przebiegu choroby i morfologii wykwitów jest konieczna do prawidłowego leczenia i różnicowania.

Zespół TRAPS – rzadka, ale spektakularna przyczyna nawrotowej gorączki z osutką

Julia Seniuta^{1,2}, Leszek Szenborn¹, Zofia Szymańska-Toczek¹

¹Katedra i Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 we Wrocławiu

²Oddział Dermatologii i Alergologii Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie

Wprowadzenie. TRAPS jest uwarunkowanym genetycznie, dziedzicznym autosomalnie dominującym zespołem, w którym nawrotowym epizodom gorączek towarzyszą objawy skórne, zajęcie tkanki łącznej i stany zapalne błon surowiczych, w następstwie mutacji dotyczącej genu TNFRSF1A.

Cel pracy. Przybliżenie dermatologom symptomatologii bardzo rzadkiej choroby, występującej u dzieci i dorosłych, przebiegającej ze spektakularnymi objawami na skórze oraz nawrotowymi epizodami gorączki.

Opis przypadków. Przypadek 1: Chłopiec 9-miesięczny został przyjęty do Kliniki z powodu kolejnego, trzeciego epizodu wysokiej temperatury i niecharakterystycznych zmian skórnych. Wcześniejsze epizody, ze względu na podwyższenie wskaźników zapalenia, były traktowane jako incydenty inwazyjnego zakażenia bakteryjnego lub sepsy. Na skórze dziecka były widoczne rumieniowo-plamiste, girlandowate i migrujące zmiany. Pomimo zastosowanej antybiotykoterapii o szerokim spektrum i podania immunoglobulin (podejrzenie choroby Kawasaki) dziecko nadal gorączkowało i miało wysokie wykładniki nasilonego zapalenia (CRP – 219, OB – 140). Analiza wywiadu sugerowała autozapalny charak-

ter schorzenia, co potwierdzono badaniem genetycznym. Przypadek 2: Chłopiec 23-miesięczny skierowany do Kliniki z powodu gorączek nawrotowych o niewyjaśnionej przyczynie. Dziecko od wczesnego niemowlęstwa było wielokrotnie hospitalizowane z rozpoznaniem sepsy lub zapalnej układowej choroby tkanki łącznej. Jako rozpoznania towarzyszące pojawiały się: rumień wielopostaciowy, rumień obrączkowaty niemowląt i wysypki alergiczne. Analiza wywiadu – cykliczne występowanie epizodów gorączki – sugerowała autozapalne podłoże zmian, co potwierdzono wykryciem mutacji genu TNFRSF1A.

Wnioski. Występowanie epizodów gorączki nawrotowej, którym towarzyszą różnorodności zmiany skórne oraz laboratoryjne wykładniki nasilonego zapalenia, należy różnicować z jednostkami chorobowymi na podłożu autozapalnym, co jest wskazaniem do diagnostyki genetycznej, w tym w kierunku TRAPS.

noworodkowy u dziecka u matki przeprowadzono szeroką diagnostykę i rozpoznano zespół Sjögrena. Przypadek 2: Pierwsze zmiany skórne o charakterze wykwitów rumieniowo-naciekowych o koncentrycznym układzie pojawiły się u chłopca w obrębie skóry twarzy w 4. tygodniu życia po dłuższej ekspozycji na światło słoneczne. Obraz kliniczny odpowiadał rozpoznaniu tocznia noworodkowego. Podczas konsultacji kardiologicznej u dziecka zdiagnozowano blok prawej odnogi pęczka Hisa oraz niewielką ilość płynu w osierdziu. U matki wykryto przeciwciała przeciwdrobnoustrojowe o typie świecenia ziarnistym oraz przeciwciała anty-SS-A i anty-SS-B. Matka pozostaje pod opieką poradni reumatologicznej.

Wnioski. Prezentowane przypadki są przykładem schorzenia u dziecka, które może być pierwszym zwiastunem choroby tkanki łącznej u matki dotychczas niemającej objawów. Każde podejrzenie tocznia noworodkowego obliuguje do szczegółowej diagnostyki zarówno u dziecka, jak i u matki.

Toczeń rumieniowaty noworodków – opis dwóch przypadków

Karolina Sawicka, Michał Adamczyk,
Bartłomiej Wawrzycki, Joanna Pucuła, Dorota Krasowska

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wprowadzenie. Toczeń noworodkowy stanowi zespół objawów klinicznych wywołany pasywnym przejściem matczynych autoprzeciwciał przez łożysko do tkanek płodu. Dotyczy 2–5% dzieci urodzonych z matek z przeciwciałami anty-SS-A(Ro) i/lub anty-SS-B(La), u których mogą występować objawy tocznia rumieniowatego układowego, zespołu Sjögrena, MCTD lub które nie mają żadnych objawów choroby układowej tkanki łącznej. Wyróżnia się trzy główne postaci kliniczne tej choroby: sercową, skórą oraz hematologiczną. Najgroźniejszym powikłaniem tocznia noworodkowego są zaburzenia rytmu serca.

Cel pracy. Przedstawienie dwóch przypadków tocznia noworodkowego.

Opis przypadków. Przypadek 1: Chłopiec 5-miesięczny został przyjęty do Kliniki Dermatologii w Lublinie w celu diagnostyki obrączkowatych wykwitów rumieniowo-obrzękowych zlokalizowanych na twarzy, małżowinach usznych i okolicach odsłoniętych, utrzymujących się od 7. tygodnia życia. Po wykonaniu szeregu badań specjalistycznych rozpoznano toczeń noworodkowy. Ze względu na toczeń

Erythrodermiczna postać łupieżu czerwonego mieszkowego leczona acytretyną – opis przypadku

Judyta Maciejowska, Martyna Jaworska

Katedra i Klinika Dermatologii Szpitala Uniwersyteckiego
w Krakowie

Wprowadzenie. Łupież czerwony mieszkowy (*pityriasis rubra pilaris* – PRP) to rzadka dermatoza rumieniowo-złuszczająca o przewlekłym przebiegu i nieznannej etiologii. Mimo charakterystycznego obrazu klinicznego oraz wielu opublikowanych prac na temat leczenia PRP, schorzenie to w dalszym ciągu może sprawiać pewne trudności diagnostyczne.

Cel pracy. Prezentacja przypadku 55-letniego pacjenta z erythrodermiczną postacią PRP.

Opis przypadku. Zastosowanie leczenia ogólnego w postaci acytretyny oraz leczenia miejscowego (klobetazol, emolienty) umożliwiło uzyskanie remisji zmian skórnych. Nastąpiła poprawa stanu miejscowego w ciągu 4 tygodni po włączeniu do leczenia acytretyny w dawce 35 mg/dobę. Pacjent pozostawał pod kontrolą przez 89 tygodni, co pozwoliło na odpowiednią modyfikację dawkowania oraz monitorowanie stanu klinicznego i parametrów biochemicznych we krwi obwodowej.

Wnioski. Opisujemy ten przypadek, aby przedstawić skuteczność acytretyny w leczeniu PRP. Należy jednak zauważyć, że w terapii acytretyną niezbędne jest zastosowanie odpowiednio dobranej dawki dobo-

wej dla pacjenta oraz w zależności od typu schorzenia wymagany jest odpowiednio długi czas leczenia.

Martwicze zapalenie naczyń – trudności diagnostyczne. Opis przypadku

Anna Kułak, Agnieszka Bańka-Wrona,
Magdalena Kędzierska, Elżbieta Szymańska,
Irena Walecka

Centralny Szpital Kliniczny MSW w Warszawie

Wprowadzenie. Martwicze zapalenie naczyń jest heterogenną grupą chorób, których wspólną cechą są zmiany martwiczo-zapalne ściany naczyń krwionośnych i ich otoczenia, prowadzące do niedokrwienia tkanek.

Cel pracy. Przedstawienie trudności diagnostycznych i terapeutycznych u pacjentki z rozpoznaniem martwiczego zapalenia naczyń.

Opis przypadku. Pacjentka 62-letnia została przyjęta do Kliniki Dermatologii z powodu licznych martwiczych owrzodzeń ze zlewnymi zmianami rumieniowo-krwotocznymi w obrębie obu podudzi. W wywiadzie stwierdzono zmiany skórne od 3 lat wykazujące stopniową progresję pomimo zastosowanego leczenia: glikokortykosteroidami, metotreksatem, chlorochiną, cyklofosfamidem oraz antybiotykoterapią celowaną. W Klinice Dermatologii CSK MSW w Warszawie, na podstawie obrazu klinicznego oraz wykonanych badań dodatkowych (badanie histopatologiczne, badanie immunopatologiczne, badania laboratoryjne i obrazowe), rozpoznano martwicze zapalenie naczyń z podejrzeniem krioglobulinemii wtórnej do choroby limfoproliferacyjnej. Zastosowano terapię skojarzoną glikokortykosteroidami i sulfonami – wdrożenie leczenia immunosupresyjnego odroczone do czasu wykluczenia choroby mieloproliferacyjnej. Ostatecznie, po wykonaniu trepanobiopsji, w której nie stwierdzono odchyłań od normy, do terapii włączono preparat zawierający cyklofosfamid i prednizon oraz zastosowano chirurgicznie oczyszczanie owrzodzeń. Uzyskano całkowite ustąpienie zmian rumieniowo-krwotocznych oraz zmniejszenie rozmiaru owrzodzeń. Konsultant z zakresu chirurgii plastycznej zakwalifikował pacjentkę do wykonania przeszczepu sztucznej skóry.

Wnioski. Przedstawiony przypadek ilustruje trudności diagnostyczne i terapeutyczne u pacjentów z zapaleniem naczyń.

Pemfigoid guzkowy – trudności diagnostyczne i terapeutyczne. Opis trzech przypadków

Alicja Adaszewska, Cezary Kowalewski,
Katarzyna Woźniak, Katarzyna Osipowicz

Klinika Dermatologii i Immunodermatologii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. Pemfigoid guzkowy jest rzadką odmianą pemfigoidu, którego obraz kliniczny charakteryzuje się wspólnymi cechami świerzbiączki guzkowej oraz pemfigoidu pęcherzowego. Zmiany guzkowe mogą wyprzedzać pojawienie się pęcherzy, występować po ich pojawieniu, współlistnieć, jak również być jedyną manifestacją kliniczną choroby. Zjawiska immunologiczne obserwowane w pemfigoidzie guzkowym są identyczne jak w pemfigoidzie klasycznym. Obserwuje się częstsze występowanie tej jednostki chorobowej u kobiet oraz gorsze wyniki terapii w porównaniu z odmianą pęcherzową.

Cel pracy. Zwrócenie uwagi na rzadką odmianę pemfigoidu oraz podkreślenie konieczności uwzględnienia jej w diagnostyce różnicowej u pacjentów ze świerzbiączką guzkową.

Opis przypadku. Zaprezentowano opisy trzech pacjentek z pemfigoidem guzkowym, każdy o odmiennym obrazie klinicznym – zmiany guzkowe współlistniejące ze zmianami pęcherzowymi, zmiany guzkowe poprzedzone zmianami pęcherzowymi oraz zmiany guzkowe jako jedyna manifestacja choroby. Zjawiska immunologiczne występujące u omówionych chorych nie różniły się od powszechnie występujących w pemfigoidzie. U dwóch pacjentek pomimo różnych koncepcji terapeutycznych nie udało się uzyskać całkowitej remisji, jedna pacjentka bardzo dobrze odpowiedziała na kurację miejscową klobetazolem w kremie.

Wnioski. Uwzględnienie pemfigoidu pęcherzowego w diagnostyce różnicowej świerzbiączki guzkowej prowadzi do szybszego ustalenia prawidłowego rozpoznania oraz zwiększa skuteczność terapii. U pacjentów z długotrwałą, źle leczącą się świerzbiączką guzkową warto wykonać badania immunologiczne w kierunku chorób pęcherzowych.

Polekowe odczyny skórne wywołane lekami stabilizującymi nastrojów

Marta Herstowska, Wioletta Barańska-Rybak

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Skórne odczyny polekowe zgodnie z definicją WHO są niepożądanymi zmianami, które występują po zastosowaniu prawidłowej, nietoksycznej dawki leku, nie obejmują one objawów przedawkowania, nadużywania leku lub jego błędnego dawkowania. W ostatnich latach częstość ich występowania w konsekwencji stosowanej farmakoterapii lekami stabilizującymi nastrojów wyraźnie wzrasta. Trudności diagnostyczne wynikają z dużej różnorodności obrazu klinicznego, który często przybiera postać innych procesów chorobowych. Bardzo ważne wydaje się uchwycenie zmian skórnych przed rozwinięciem się objawów ogólnoustrojowych, czego konsekwencją może być długi czas hospitalizacji i często konieczność odstawienia wszystkich stosowanych przez pacjenta leków i wtórnie znacznego stopnia pogorszenie jego stanu psychicznego. Celem publikacji jest przedstawienie zmian klinicznych u pacjentów leczonych z rozpoznaniem zaburzenia afektywnego dwubiegunowego (ChAD). Wśród leków zaliczanych do stabilizatorów nastroju najwięcej badań podkreślających wywoływanie reakcji dermatologicznych dotyczy karbamazepiny i lamotryginy. Wydaje się jednak, że coraz częściej spotykamy się z reakcjami nadwrażliwości po licie, kwasie walproinowym czy zarejestrowanych od kilku lat w tym wskazaniu neuroleptykach atypowych (kwetiapina, olanzapina, aripiprazol). Dzięki włączonemu leczeniu dermatologicznemu u większości pacjentów nie zachodziła konieczność modyfikacji farmakoterapii, czego konsekwencją była dobra współpraca z pacjentem utrzymująca go w stanie remisji objawów depresyjno-maniakalnych.

Potencjalne czynniki etiologiczne u pacjentów z uporczywym świądem odbytu

Karolina Hadasik, Ligia Brzezińska-Wcisło

Katedra i Klinika Dermatologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wprowadzenie. Świąd odbytu to najczęstsza dolegliwość dermatologiczna okolicy anogenitalnej.

Występuje u 1–5% populacji, 4-krotnie częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet, zwykle w wieku 40–70 lat. Badania epidemiologiczne dotyczące czynników predysponujących do tej dolegliwości są rzadkie.

Materiał i metodyka. W ciągu 4 lat zbadano 55 chorych z diagnozą uporczywego świądu odbytu. Algorytm diagnostyczny obejmował wywiad lekarski, badanie fizykalne, wymazy bakteriologiczne i mikologiczne, podstawowe badania laboratoryjne, testy naskórkowe, rektoskopię, w niektórych przypadkach wykonano biopsję skóry.

Wyniki. U 26 pacjentów zdiagnozowano wyprysk kontaktowy. Idiopatyczny świąd odbytu dotyczył 14 chorych. Pięć osób miało paciorkowcowe zapalenie skóry okolicy odbytu, również 5 pacjentów – wyprzenia drożdżakowe. U pozostałych pacjentów wykryto łuszczycę odwróconą, kłykciny kończyste, łupież rumieniowy, owsicę oraz świąd paraneoplastyczny.

Wnioski. W badaniu wykazano, że większość pacjentów ma typowe cechy wyprysku okolicy anogenitalnej. Testy naskórkowe są bardzo ważną składową procesy diagnostycznej. Wyniki te sugerują, że najlepszą opcją terapeutyczno-diagnostyczną dla pacjentów ze świądem odbytu jest dermatolog współpracujący z proktologiem.

Pemfigoid pęcherzowy, łuszczycyca a choroby neurodegeneracyjne – badanie porównawcze w warunkach środkowoeuropejskiego uniwersyteckiego oddziału dermatologicznego

Paweł Bartkiewicz, Paweł Pietkiewicz,
Justyna Gornowicz-Porowska,
Monika Bowszyc-Dmochowska, Marian Dmochowski

Pracownia Autoimmunizacyjnych Dermatyz Pęcherzowych
Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Wprowadzenie. Pemfigoid pęcherzowy (ang. *bullous pemphigoid* – BP) to autoimmunizacyjna dermatoz pęcherzowa występująca w okresie starości, mediowana przez przeciwciała w klasach IgG i IgE wobec białek półdesmosomalnych w skórze, BP180 i/lub BP230, które fizjologicznie występują również w tkance nerwowej. Według danych literaturowych, podobnie do łuszczycy (*psoriasis* – Ps), BP wiąże się z występowaniem chorób neurodegeneracyjnych (ang. *neurodegenerative diseases* – ND).

Cel pracy. Porównanie zapadalności na ND u chorych z BP i Ps.

Materiał i metodyka. Retrospektywne badanie porównawcze nad zapadalnością na ND objęło 94 chorych z BP i 53 dobranych wiekowo chorych na Ps. Stwierdzono następujące ND: chorobę Parkinsona, demencję, udar, padaczkę, utratę słuchu, szumy uszne, ślepotę, zawroty głowy, kiłę z zajęciem układu nerwowego, twardzinę układową. Różnice płci pacjentów oraz różnice w zapadalności na ND pomiędzy badanymi grupami badano testem χ^2 Pearsona. Różnice w zapadalności na udary, chorobę Parkinsona, demencję i liczbę pacjentów cierpiących na więcej niż jedną ND oceniano dokładnym testem Fishera.

Wyniki. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy występowaniem ND w grupie chorych na BP w porównaniu z grupą chorych na Ps. Mężczyźni stanowili istotnie statystycznie licznieszą grupę wśród chorych na Ps (55,77%) niż wśród chorych na BP (37,23%) ($p = 0,031$).

Wnioski. Niektóre szlaki patogenetyczne chorób z kręgu ND mogą być wspólne dla BP i Ps. Ze względu na ciągłe starzenie się populacji prowadzące do częstszego występowania BP wyjaśnienie potencjalnego, swoistego dla BP, immunopatogenetycznego związku pomiędzy BP i ND wymaga dalszych badań kliniczno-pracownianych.

Pacjentom założono naskórkowe testy płatkowe, użyto zestawu 28 alergenów wchodzących w skład Europejskiej serii podstawowej oraz 8 haptenów kortykosteroidowych.

Wyniki. W grupie 126 chorych na wyprysk największą liczbę dodatnich wyników naskórkowych testów płatkowych stwierdzono z siarczanem niklu (26,2%), chlorkiem kobaltu (15,1%), budezonidem (14,3%), dwuchromianem potasu (13,5%) oraz balsamem peruwiańskim (11,9%). W grupie 39 chorych na atopowe zapalenie skóry najczęściej wyniki pozytywne testów płatkowych uzyskiwano z siarczanem niklu (28,2%), dwuchromianem potasu (20,5%) oraz chlorkiem kobaltu (12,8%).

Wnioski. U chorych na przewlekłe dermatozy zapalne najczęściej uczulające hapteny to sole metali. Alergia kontaktowa na glikokortykosteroidy nie jest zjawiskiem rzadkim i staje się poważnym problemem terapeutycznym.

Grant naukowy: grant UM w Łodzi nr 502-03/1-152-01/502-14-254.

Ocena częstości występowania alergii kontaktowej na hapteny Europejskiej serii podstawowej i glikokortykosteroidy w grupie chorych na przewlekłe dermatozy zapalne

Marek Kot, Jarosław Bogaczewicz, Anna Woźniacka

Klinika Dermatologii i Wenerologii
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Przez wiele lat alergia na glikokortykosteroidy była negowana, co mogło być spowodowane ich właściwościami, które maskowały objawy nadwrażliwości. Wielu autorów propagowało również tezę, że zjawisko alergii kontaktowej występuje znacznie rzadziej u pacjentów z atopowym zapaleniem skóry.

Cel pracy. Ocena częstości występowania i struktury alergii kontaktowej na alergeny Europejskiej serii podstawowej i glikokortykosteroidy u chorych na atopowe zapalenie skóry i wyprysk kontaktowy.

Materiał i metodyka. W badaniu uczestniczyło 165 pacjentów, w tym 126 osób z wypryskiem kontaktowym i 39 chorych na atopowe zapalenie skóry.

Przydatność ultrasonografii o wysokiej częstotliwości w ocenie efektów fototerapii u pacjentów z ziarniniakiem grzybiastym

Adriana Polańska¹, Karolina Olek-Hrab², Ryszard Żaba¹, Zygmunt Adamski², Aleksandra Dańczak-Pazdrowska²

¹Zakład Dermatologii i Wenerologii
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

²Katedra i Klinika Dermatologii
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Wprowadzenie. Odpowiedź na leczenie oraz monitorowanie przebiegu ziarniniaka grzybiastego odbywa się na podstawie subiektywnej oceny stanu klinicznego skóry i jest dokonywana za pomocą *modified Severity Weightend Assessment Tool* (mSWAT), natomiast biopsja skóry z badaniem histopatologicznym jest konieczna w przypadku wątpliwości co do ustąpienia zmian skórnych. Jednym z najnowszych, nieinwazyjnych urządzeń mogących mieć zastosowanie w monitorowaniu terapii ziarniniaka grzybiastego jest ultrasonografia o wysokiej częstotliwości (ang. *high frequency ultrasound* – HF-USG).

Cel pracy. Ocena obrazu ultrasonograficznego skóry u chorych na ziarniniaka grzybiastego i przydatności HF-USG w monitorowaniu leczenia tej choroby za pomocą fototerapii.

Materiał i metodyka. Badaniami objęto 18 chorych na ziarniniaka grzybiastego w stopniu zaawansowa-

nia I-IIA. Ocena stanu dermatologicznego przeprowadzono na podstawie kryteriów mSWAT. Sześciu chorych poddano naświetlaniom za pomocą UVA1, natomiast u 12 badanych przeprowadzono PUVA-terapię. Przed rozpoczęciem leczenia, jak i w dniu jego zakończenia wykonano badanie HF-USG 20 MHz Dermascan C. Pomiar przeprowadzono w obrębie skóry zmienionej chorobowo (w obrębie reprezentatywnego ogniska chorobowego), jak również wolnej od zmian.

Wyniki. Uzyskano statystycznie istotne zmniejszenie średniej grubości pasma SLEB u chorych na ziarniniaka grzybiastego poddanych fototerapii, co korelowało z wynikami mSWAT. Wykazano ponadto statystycznie istotną różnicę w średniej grubości pasma SLEB pomiędzy skórą chorą oraz zdrową w odniesieniu do każdego pomiaru.

Wnioski. Przeprowadzone badania wskazują na przydatność HF-USG w monitorowaniu terapii chorych z ziarniniakiem grzybiastym. Należy podkreślić, że metoda ta w porównaniu z obecnie stosowanymi cechuje się największym obiektywizmem, co w opinii autorów byłoby szczególnie przydatne w prowadzeniu prac badawczych nad nowymi opcjami terapeutycznymi oraz w pracach porównawczych dwóch metod leczniczych.

Grant naukowy: opiekun naukowy: Aleksandra Dańczak-Pazdrowska.

erythrodermii. Badanie oparto na analizie historii chorób z hospitalizacji, ze szczególnym uwzględnieniem rozpoznania wstępnego, badania podmiotowego, przedmiotowego, badań laboratoryjnych oraz badania histopatologicznego wycinków skóry.

Wyniki. W latach 2008–2014 erythrodermia była przyczyną hospitalizacji 1% pacjentów. Rozpoznanie to było istotnie statystycznie częstsze u mężczyzn niż u kobiet (M : K – 76/45 : 4722/6996). Średnia wieku badanej grupy wynosiła 59,71 ±16,82 roku, a średni wskaźnik masy ciała 25,12 ±4,72 kg/m². Najczęstszą przyczyną erythrodermii była łuszczyca, występująca łącznie u 52/121 (42,98%) pacjentów i atopowe zapalenie skóry (16,53%). Chłoniaki skóry stanowiły przyczynę erythrodermii u 4,96% pacjentów. W 19,01% przypadków wykonane badania nie pozwoliły na identyfikację przyczyny erythrodermii. Szczyt zachorowania przypadał na 50–60 lat. Z odchyień od normy w badaniu przedmiotowym najczęściej stwierdzono limfadenopatię, a w badaniach laboratoryjnych zwiększone stężenie białka C-reaktywnego.

Wnioski. Erythrodermia częściej występowała u mężczyzn niż u kobiet, jej najczęstszą przyczyną była łuszczyca. W przypadkach budzących wątpliwości badanie histopatologiczne może być rozstrzygające, jednak w części z nich badania diagnostyczne nie pozwalają na identyfikację przyczyny erythrodermii. W takich przypadkach należy rozważyć wykonanie kolejnych badań histopatologicznych.

Retrospektywna analiza kliniczna pacjentów z erythrodermią

Agnieszka Michalska¹, Małgorzata Pawłowska-Kisiel¹, Marek Opala², Agnieszka Brociek²

¹Katedra i Klinika Dermatologiczna
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologicznej
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. Erythrodermia to ostry lub przewlekły stan zapalny skóry obejmujący nie mniej niż 90% jej powierzchni. Cechuje się różnie nasilonym złuszczeniem, często przebiega z reakcjami ogólnoustrojowymi i może być objawem choroby stanowiącej zagrożenie życia.

Cel pracy. Retrospektywna analiza kliniczna pacjentów z erythrodermią oraz określenie częstości występowania poszczególnych czynników etiopatogenetycznych.

Materiał i metodyka. Do badania włączono 121 pacjentów (76 mężczyzn, 45 kobiet), którzy w latach 2008–2014 byli hospitalizowani w Klinice Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu

Numeryczna skala szacunkowa (NRS) i wizualna skala analogowa (VAS) – wyznaczenie minimalnej istotnej klinicznie różnicy (MCID) i ocena rzetelności pomiaru nasilenia świądu

Karolina Mędrek, Adam Reich

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Jednowymiarowe skale, takie jak szacunkowa skala numeryczna (ang. *Numerical Rating Scale* – NRS), wizualna skala analogowa (ang. *Visual Analogue Scale* – VAS) i szacunkowa skala werbalna (ang. *Verbal Rating Scale* – VRS), są najczęściej używanymi narzędziami w pomiarach nasilenia świądu.

Cel pracy. Wyznaczenie minimalnej istotnej klinicznie różnicy (ang. *minimal clinically important difference* – MCID) oraz ocena wiarygodności i rzetelności NRS i VAS.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto 237 pacjentów z chorobami skóry, którym towarzyszył przewlekły świąd. Oceny nasilenia świądu przed terapią i po 4 tygodniach terapii dokonano za pomocą NRS, VAS, VRS oraz formularza oceny świądu (FOS). Ocenie poddano ponadto poziom jakości życia za pomocą *Dermatology Life Quality Index* (DLQI), nasilenie objawów depresyjnych i lękowych wg HADS oraz określono osiągnięte z leczenia korzyści za pomocą PBI-P. Uzyskane wyniki posłużyły do wyznaczenia MCID dla NRS i VAS oraz do sprawdzenia wiarygodności i rzetelności użytych skal jednowymiarowych.

Wyniki. Pomiarzy nasilenia świądu za pomocą wszystkich 3 skal (VAS, NRS i VRS) korelowały ze sobą wysoko (VAS z NRS $r = 0,89$, NRS z VRS $r = 0,81$, VAS z VRS $r = 0,77$; $p < 0,001$ dla wszystkich porównań). Stwierdzono także wysoką korelację między nasileniem świądu a obniżeniem jakości życia (odpowiednio dla VAS, NRS i VRS: $r = 0,57$, $r = 0,59$ i $r = 0,63$) oraz istotną z wynikami podskal HADS ($r = 0,34-0,39$). Na podstawie poprawy poziomu jakości życia oraz zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych i lękowych o jedną kategorię, a także zmiany nasilenia świądu o 1 stopień wg VRS i uzyskanych przez pacjenta korzyści z leczenia wg wskaźnika PBI-P wykazano, że zmiana wartości punktowej NRS odpowiadająca MCID wynosiła 1,9 pkt (zakres: 1,5–2,3 pkt), co odpowiadało względnej poprawie o 32,2% (zakres: 22,3–42,1%), natomiast dla VAS wartość MCID także wynosiła 1,9 pkt (zakres: 1,5–2,3 pkt), co odpowiadało względnej poprawie o 32,8% (zakres: 21,4–44,2%).

Wnioski. Na podstawie uzyskanych wyników potwierdzono przydatność VAS, NRS i VRS w ocenie nasilenia świądu. Ze względu na uzyskane wyniki przyjmuje się, że w trakcie leczenia świądu przewlekłego należy uzyskać zmniejszenie nasilenia świądu o przynajmniej 2 pkt wg NRS lub VAS (lub przynajmniej o 1/3 w odniesieniu do pomiaru wyjściowego), aby uzyskaną poprawę uznać za istotną klinicznie.

W ocenie nasilenia łuszczycy wykorzystuje się szereg różnych metod pomiarowych.

Cel pracy. Ocena wiarygodności określenia nasilenia łuszczycy za pomocą PASI, BSA oraz PGA.

Materiał i metodyka. W badaniu wzięło udział 10 lekarzy dermatologów, którzy zostali poproszeni o ocenę nasilenia procesu chorobowego u 9 pacjentów z łuszczycą plackowatą za pomocą wskaźników PASI, BSA i PGA. Wszyscy pacjenci zostali ocenieni przez każdego lekarza 2-krotnie w odstępie około 1 godziny. Kolejność oceny poszczególnych pacjentów była losowa. Na podstawie uzyskanych wyników zbadano zmienność oceny pomiędzy poszczególnymi osobami na podstawie współczynnika zmienności (W_z) oraz powtarzalność pomiaru na podstawie współczynnika ICC.

Wyniki. Spośród porównywanych metod oceny nasilenia łuszczycy najmniejszą zmienność odnotowano w przypadku PGA ($W_z = 29,3 \pm 12,4\%$; średnie zróżnicowanie), a następnie dla PASI ($W_z = 36,9 \pm 9,8\%$; średnie zróżnicowanie) i BSA ($W_z = 57,1 \pm 31,8\%$; duże zróżnicowanie). W odniesieniu do składowych oceny wskaźnika PASI najmniejszą zmienność obserwowano w przypadku oceny powierzchni ($W_z = 26,8 \pm 10,3\%$; średnie zróżnicowanie), a w dalszej kolejności rumienia ($W_z = 33,2 \pm 7,6\%$; średnie zróżnicowanie), nacieku ($W_z = 35,9 \pm 13,9\%$; średnie zróżnicowanie) i łuski ($W_z = 59,6 \pm 10,3\%$; duże zróżnicowanie). W odniesieniu do powtarzalności uzyskanych wyników najlepsze rezultaty uzyskano w przypadku BSA (ICC = $0,96 \pm 0,05$), a następnie PASI (ICC = $0,91 \pm 0,06$) i PGA (ICC = $0,87 \pm 0,07$). Dla poszczególnych składowych współczynnika PASI najlepszą powtarzalność odnotowano w przypadku powierzchni (ICC = $0,97 \pm 0,02$), a najmniejszą dla łuski (ICC = $0,72 \pm 0,21$) i nacieku (ICC = $0,77 \pm 0,14$).

Wnioski. Ocena za pomocą PGA cechuje się najmniejszą zmiennością pomiędzy lekarzami dokonującymi oceny nasilenia łuszczycy, natomiast BSA jest najbardziej powtarzalnym sposobem oceny ciężkości tej choroby.

Analiza wiarygodności oceny nasilenia łuszczycy za pomocą powszechnie stosowanych skal pomiarowych

Agnieszka Bożek, Adam Reich

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

Wprowadzenie. Łuszczycą jest przewlekłą chorobą zapalną skóry dotyczącą 1–3% populacji ogólnej.

Ocena wpływu plastrowania dynamicznego na redukcję obrzęków i zmarszczek w okolicy oczu

Patrycja Nowak, Magdalena Niewęglowska-Wilk,
Tomasz Wilk, Radosław Śpiewak

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Wprowadzenie. W latach 80. ubiegłego wieku chiropaktyk dr Kenzo Kase stworzył metodę plastro-

wania dynamicznego, która następnie znalazła zastosowanie w wielu dziedzinach medycyny. Obrzęk limfatyczny w okolicach oczu, a także towarzyszące mu zmarszczki są jednym z problemów współczesnej kobiety. Walka z „podpuchniętymi oczami” i zmarszczkami mimicznymi jest bardzo trudna, dlatego mimo wielu sposobów, które stosuje się w kosmetyce, poszukujemy nowych rozwiązań.

Cel pracy. Ocena wpływu plastrowania dynamicznego na obrzęki i zmarszczki w okolicy oczu.

Materiał i metodyka. W badaniu wzięły udział 54 kobiety w wieku powyżej 30 lat zgłaszające obecność obrzęków i zmarszczek w okolicy oczu. Miejscem zabiegu (aplikacji plastra) była powieka górna i dolna jednego oka, drugie oko stanowiło kontrolę. Taśma była utrzymywana w miejscu zabiegu przez 3 dni. Zdjęcia przed zabiegiem i po zabiegu zostały ocenione przez 40 ewaluatorów. Następnie przeprowadzono analizę statystyczną testem χ^2 dla tablic czteropolowych i sześciopolowych.

Wyniki. Ewaluatorzy proszeni o wskazanie zdjęć prezentujących większy obrzęk powiek częściej wybierali zdjęcia wykonane przed zabiegiem ($\chi^2 = 13,133$; $p = 0,001$). Proszeni o wskazanie zdjęć z większą widocznością zmarszczek w okolicy powiek ewaluatorzy wskazywali statystycznie częściej na zdjęcia wykonane przed zabiegiem ($\chi^2 = 12,121$; $p = 0,002$).

Wnioski. Plastrowanie dynamiczne redukuje widoczny obrzęk powiek oraz zmarszczki w okolicy oczu.

brano płeć, wiek chorych, schorzenia współistniejące, czynniki wyzwalające, obraz kliniczny i stosowane leczenie.

Wyniki. W latach 2009–2014 hospitalizowanych z powodu łuszczycy zwykłej było 83 dzieci, co stanowiło 24% wszystkich dzieci hospitalizowanych w tym czasie. W analizowanej grupie 36 pacjentów było płci męskiej (43%), a 47 – płci żeńskiej (57%). Wiek chorych wynosił 2–17 lat, średnio 12,8 roku. Najczęściej (50,6%) chorowały dzieci powyżej 10. roku życia. Dodatni wywiad rodzinny w kierunku łuszczycy miało 51 (61%) pacjentów. Wystąpienie pierwszych zmian łuszczycowych u ponad 16% pacjentów wiązano z infekcją górnych dróg oddechowych, a u 6% ze stresem. Wśród czynników zaostrzających najczęściej wymieniano infekcje wirusowe (20,5%) i bakteryjne zapalenie gardła (6%). U ponad 60% pacjentów obserwowano współwystępowanie innych schorzeń. Przewlekłe infekcje górnych dróg oddechowych stwierdzono u 21,8% pacjentów, u 16,9% alergię, a u 7,2% zakażenie układu moczowego. W badaniach laboratoryjnych u 47% pacjentów stwierdzono wzrost miana antystreptolizyny O, a u 20,5% pacjentów podwyższone wskaźniki stanu zapalnego. W terapii stosowano leczenie miejscowe, u 47% dzieci włączono fototerapię UVB o wąskim spektrum, a u 6% acytrynę.

Wnioski. Potwierdzono częstsze występowanie łuszczycy wieku dziecięcego u pacjentów powyżej 10. roku życia oraz szczególnie związek z infekcjami i stresem. Łuszczyca w populacji dziecięcej przebiega zazwyczaj łagodnie i leczenie miejscowe jest na ogół wystarczające.

Łuszczyca wieku dziecięcego – analiza retrospektywna 83 pacjentów

Magdalena Świstak¹, Agnieszka Zonenberg¹,
Anna Baran², Iwona Flisiak²

¹Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

²Klinika Dermatologii i Wenerologii

Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie. Łuszczyca u 1/3 pacjentów ma początek przed 20. rokiem życia i stanowi 4% wszystkich dermatoz występujących do 16. roku życia.

Cel pracy. Retrospektywna analiza dokumentacji medycznej pacjentów z łuszczycą wieku dziecięcego.

Materiał i metodyka. Analizie retrospektywnej poddano pacjentów poniżej 18. roku życia hospitalizowanych z powodu łuszczycy zwykłej w Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w latach 2009–2014. Pod uwagę

Ocena uszkodzenia bariery naskórka w przebiegu łuszczycy i atopowego zapalenia skóry

Magdalena Basałygo, Joanna Śliwińska,
Barbara Zegarska

Katedra Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej
Collegium Medicum w Bydgoszczy
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wprowadzenie. W przebiegu łuszczycy i atopowego zapalenia skóry (AZS) obserwuje się defekt bariery naskórkowej, wyrażony zwiększeniem przez naskórkową utraty wody (ang. *transepidermal water loss* – TEWL) i obniżeniem zawartości wody w powierzchniowych warstwach naskórka. Prawidłowy poziom nawilżenia warunkuje integralność bariery naskórkowej, jest niezbędny do prawidłowego różnicowania keratynocytów, a także zmniejsza uczucie świądu.

Cel pracy. Określenie, czy poziom TEWL i stopień nawilżenia naskórka koreluje ze stanem klinicznym pacjentów z AZS i łuszczycą. Ocena korelacji pomiędzy nasileniem świądu a poziomem TEWL i stopniem nawilżenia skóry u pacjentów z łuszczycą i AZS. Ocena przydatności obu metod jako badań diagnostycznych.

Materiał i metodyka. Grupę badaną stanowiło 22 pacjentów z łuszczycą i 22 pacjentów z AZS. Pomiar stopnia uszkodzenia bariery naskórkowej oznaczono przy użyciu Tewametriu TM 300 i Corneometru CM 825. Nasilenie zmian skórnych u pacjentów z łuszczycą oceniono według wskaźnika PASI i kwestionariusza oceny świądu, a u pacjentów z AZS – według wskaźnika W-AZS.

Wyniki. U pacjentów z łuszczycą zaobserwowano silną korelację dodatnią między poziomem TEWL a skalą PASI ($r = 0,9$, $p < 0,0005$), korelację ujemną między oceną korneometryczną a stopniem zaawansowania łuszczycy ($r = -0,7$, $p < 0,0005$). Stwierdzono związek między poziomem uszkodzenia bariery naskórkowej a świądem ($r = 0,8$, $p < 0,0005$). Zależność była wysoka także na skórze pozornie zdrowej. W grupie pacjentów z AZS odnotowano podobne zależności.

Wnioski. Poziom TEWL koreluje ze stopniem ciężkości choroby zarówno w AZS, jak i łuszczycy. Skóra pozornie zdrowa u chorych na łuszczycę i AZS cechuje się wyższą wartością TEWL i niższą wartością korneometryczną. Zarówno poziom TEWL, jak i pomiar korneometrii koreluje z nasileniem świądu w obu jednostkach chorobowych. Ocena korneometryczna jest mniej precyzyjna od pomiaru TEWL.

Obecność zmian chorobowych w obrębie owłosionej skóry głowy jako czynnik predykcyjny przebiegu łuszczycy

Agnieszka Kania, Marta Idzior, Kamil Litwinowicz,
Joanna Perlińska, Adam Reich

Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Łuszczycą jest przewlekłą chorobą zapalną skóry, która należy do najczęściej występujących dermatoz. Cechuje się zróżnicowaną lokalizacją oraz różnorodnym nasileniem zmian chorobowych, jednak wpływ lokalizacji zmian chorobowych na przebieg łuszczycy jest wciąż słabo poznany.

Cel pracy. Ocena wpływu obecności zmian chorobowych w obrębie owłosionej skóry głowy na przebieg łuszczycy.

Materiał i metodyka. Do badania włączono 36 pacjentów w wieku 22–78 lat. Wszyscy pacjenci zostali poddani badaniu podmiotowemu i przedmiotowemu. Nasilenie łuszczycy oparto na wyznaczeniu wskaźnika PASI. Wpływ łuszczycy na jakość życia pacjentów oceniono na podstawie skali DLQI i SCALPDEX.

Wyniki. Średnia suma punktów wskaźnika PASI była istotnie ($p < 0,05$) wyższa u osób z łuszczycą z zajęciem owłosionej skóry głowy (11,89, SD = 3,04) niż u pacjentów z łuszczycą niezajmującą owłosionej skóry głowy (6,44, SD = 5,26). Nie stwierdzono istotnych różnic w poziomie jakości życia według DLQI między porównywanymi grupami (średnia dla grupy z zajęciem owłosioną skórą głowy 20,81, średnia dla grupy bez zajętej owłosionej skóry głowy 20,88). Wyznaczono korelację ($r = 0,39$) pomiędzy sumą uzyskanych punktów DLQI a sumą uzyskanych punktów SCALPDEX oraz korelację ($r = 0,40$) pomiędzy sumą uzyskanych punktów DLQI a sumą uzyskanych punktów PASI (dla obu korelacji $p < 0,05$).

Wnioski. Obecność zmian chorobowych w obrębie owłosionej skóry głowy może być związana z większym nasileniem łuszczycy. Wyższe wyniki uzyskane w skali SCALPDEX są powiązane z wyższymi wynikami DLQI oraz PASI.

Pokrzywka naczyiniowa – analiza kliniczna przypadków hospitalizowanych w Klinice Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2000–2015

Mariusz Sikora^{1,2}, Joanna Czuwara¹,
Małgorzata Olszewska¹, Lidia Rudnicka^{1,3}

¹Katedra i Klinika Dermatologiczna

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Zakład Fizjologii i Patofizjologii Eksperymentalnej

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

³Zakład Neuropeptydów Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej w Warszawie

Wprowadzenie. Pokrzywka naczyiniowa jest zapaleniem naczyń skóry małego kalibru, manifestującym się klinicznie zmianami pokrzywkowymi z obrazem leukocytoklastycznego zapalenia naczyń w badaniu histopatologicznym.

Cel pracy. Retrospektywna analiza przyczyn i objawów klinicznych u pacjentów z potwierdzoną pokrzywką naczyiniową.

Materiał i metodyka. Do analizy zostało włączonych 42 pacjentów z pokrzywką naczyiniową, diagnozowanych i leczonych w Klinice Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2000–2015.

Wyniki. W analizowanej grupie większość stanowiły kobiety (81%), a średnia wieku wynosiła 38,4 roku. Wykwity pokrzywkowe utrzymywały się ponad 24 godziny u ponad 90% pacjentów, a zmianom towarzyszyło uczucie świądu (93%), pieczenia (29%) i bólu (14%). Wśród pozostałych zmian skórnych występował obrzęk naczyinioruchowy (36%), plamica (7%) i ustępowanie z pozostawieniem przebarwień (33%). Do głównych manifestacji układowych należały bóle stawów (38%), ból brzucha (12%), gorączka (10%), bóle mięśni (7%) i nefropatia (4%). W ponad połowie przypadków pokrzywka naczyiniowa miała charakter idiopatyczny. Zidentyfikowanymi przyczynami były obecność układowej choroby tkanki łącznej (33%) oraz w pojedynczych przypadkach infekcja, lek lub nowotwór. U pacjentów ze współistniejącą chorobą tkanki łącznej pokrzywka naczyiniowa była pierwszym objawem kolagenozy lub wskazywała na nasilenie aktywności choroby. Średni czas od pierwszych objawów do rozpoznania pokrzywki naczyiniowej wynosił 150 dni, a głównymi jednostkami uwzględnianymi w diagnostyce różnicowej były idiopatyczna pokrzywka przewlekła, zmiany polekowe, pemfigoid i chłoniaki skóry.

Wnioski. Pokrzywka naczyiniowa stanowi rzadko występującą odmianę pokrzywki przewlekłej. Należy jednak o niej pamiętać w codziennej praktyce ze względu na możliwość zajęcia narządów wewnętrznych oraz współistnienie z chorobami układowymi, co wymaga szybkiej diagnostyki i włączenia odpowiedniego leczenia.

Trwała utrata włosów jako problem z punktu widzenia pacjenta

Marta Laskowska, Adam Reich, Karolina Mędrak

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Do najczęstszych schorzeń z kręgu łysień bliznowaciejących należą liszaj płaski mieszkowy (*lichen planopilaris* – LPP) i uznawane za jego szczególną postać łysienie bliznowaciejące czołowe (ang. *frontal fibrosing alopecia* – FFA). Liszaj płaski mieszkowy występuje głównie u dorosłych kobiet (wielokrotnie częściej niż u mężczyzn) rasy białej i charakteryzuje się postępującą, nieodwracalną utratą włosów na skutek uszkodzenia mieszka włosowego przez naciekające limfocyty. Etiologia i patogenezę choroby są nieznane, podejrzewa się jednak podłoże autoimmunologiczne.

Cel pracy. Ocena wpływu LPP i FFA na dobrostan pacjenta i jego postrzeżenie własnej osoby.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto 14 pacjentów (12 kobiet i 2 mężczyzn) z łysieniem bliznowaciejącym w przebiegu LPP, w tym 4 z FFA, oraz grupę kontrolną 18 ochotników niechorujących na schorzenia dermatologiczne, odpowiednio dobranych pod kątem płci i wieku. Po wyrażeniu zgody na udział w badaniu wszyscy pacjenci wypełnili zestaw kwestionariuszy dotyczących jakości życia u pacjentów ze schorzeniami skóry głowy (SCALPDEX), poczucia zdrowia (EQ-5D, EQ-5D-VAS), natężenia lęku i występowania objawów depresji (HADS), samooceny (SES), radzenia sobie ze stresem (COPE), zadowolenia z życia (skala zadowolenia z życia) oraz nasilenia świądu (VAS, NRS, VRS) przed rozpoczęciem leczenia, a następnie po 6 miesiącach leczenia łysienia bliznowaciejącego. Ochotnicy jednokrotnie wypełnili ten sam zestaw kwestionariuszy.

Wyniki. Stwierdzono istotną statystycznie różnicę jakości życia zależnej od stanu skóry głowy (65,9 ±22,2 pkt vs 26,9 ±5,4 pkt wg SCALPDEX, $p < 0,001$) oraz poziomu lęku (8,6 ±3,6 pkt vs 6,0 ±3,0 pkt wg HADS, $p < 0,05$) między grupą badaną i grupą kontrolną. Nie wykazano natomiast wpływu łysienia

bliznowaciejącego na całkowite poczucie zdrowia ($p = 0,17$), nasilenie objawów depresyjnych ($p = 0,46$), samoocenę ($p = 0,92$), radzenie sobie ze stresującymi sytuacjami ($p = 0,76$) czy zadowolenie z życia ($p = 0,26$). Stwierdzono także znaczące obniżenie poziomu lęku u chorych po 6 miesiącach leczenia, które było niezależne od skuteczności terapii ($8,6 \pm 3,6$ pkt *vs* $6,8 \pm 3,4$ pkt wg HADS, $p < 0,03$).

Wnioski. Pacjentów chorujących na LPP cechuje wyższy poziom lęku i niższa jakość życia niż zdrową populację, przy czym zaobserwowano, że wdrożenie leczenia znacznie obniża raportowany poziom lęku, nie wpływając w znaczącym stopniu na jakość życia.

Ocena skuteczności pielęgnacyjnego kremu zawierającego kwas azelainowy i kwas laktobionowy u chorych z trądzikiem

Kamila Jaworecka¹, Dominika Wyglądacz¹, Małgorzata Ligęza¹, Aleksandra Tobiasz¹, Adam Reich^{1,2}

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

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Odpowiednia pielęgnacja skóry trądzikowej stanowi integralny element właściwie prowadzonej terapii trądziku.

Cel pracy. Ocena skuteczności kremu przeciwtrądzikowego zawierającego kwas azelainowy i laktobionowy (Alaclarin®).

Materiał i metodyka. W badaniu wzięło udział 66 ochotników (43 kobiety i 23 mężczyzn), w przedziale wiekowym 12–40 lat (średnia: $22,7 \pm 2,3$ roku) ze skórą trądzikową. Wszyscy pacjenci stosowali na skórę kosmetyk zawierający kwas laktobionowy i kwas azelainowy 2 razy dziennie przez 8 tygodni. U wszystkich chorych przed badaniem, a następnie w 2., 4. i 8. tygodniu badania oceniono liczbę zapalnych i niezapalnych zmian trądzikowych oraz jakość życia zależną od dolegliwości skórnych wg DLQI.

Wyniki. Pielęgnacja skóry za pomocą kremu zawierającego kwas azelainowy i laktobionowy w ciągu 8 tygodni spowodowała istotną redukcję liczby zarówno niezapalnych (zaskórników zamkniętych i otwartych) (przed badaniem średnio: $32,1 \pm 22,3$ zmiany *vs* po 8 tygodniach pielęgnacji $25,9 \pm 20,4$ zmiany; $p < 0,001$; redukcja o 19,3%), jak i zapal-

nych zmian trądzikowych (grudek, krost i guzków) (przed badaniem średnio: $11,0 \pm 13,0$ zmian *vs* po 8 tygodniach pielęgnacji $6,1 \pm 9,3$ zmiany; $p < 0,001$; redukcja o 44,1%). Łącznie po 8 tygodniach obserwacji zanotowano poprawę o 25,6% ($p < 0,001$). W ciągu 8 tygodni pielęgnacji skóry obserwowano także istotną poprawę (o 21,4%) jakości życia (średnie DLQI przed leczeniem: $2,52 \pm 2,9$ pkt *vs* DLQI w 8. tygodniu $2,0 \pm 2,7$ pkt, $p < 0,05$). Tolerancja preparatu została oceniona jako dobra lub bardzo dobra przez 77,3% osób badanych.

Wnioski. Regularne stosowanie preparatu zawierającego kwas azelainowy i laktobionowy skutecznie redukuje zarówno zapalne, jak i niezapalne zmiany trądzikowe.

Liszaj twardzinowy sromu – obraz kliniczny oraz wyniki leczenia

Monika Konczalska, Magdalena Lange, Roman Nowicki

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. Liszaj twardzinowy jest przewlekłym schorzeniem o niewyjaśnionej do końca etiologii. Lokalizuje się głównie w okolicy genitalnej. Częściej diagnozowany jest u kobiet w okresie okołomenopauzalnym, ale występuje też u małych dziewczynek.

Cel pracy. Analiza kliniczna oraz ocena efektów leczenia pacjentek z rozpoznaniem liszajem twardzinowym sromu.

Materiał i metodyka. Wśród 349 pacjentek, które zgłosiły się w latach 2010–2014 do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (GUMed) lub Poradni Dermatologicznej GUMed z powodu zmian i dolegliwości zlokalizowanych w obrębie sromu wyodrębniono kobiety z rozpoznaniem liszajem twardzinowym. We wszystkich przypadkach rozpoznanie zostało potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Wyniki. W latach 2010–2014 w Klinice i Poradni Dermatologicznej GUMed leczono z powodu liszaja twardzinowego sromu 66 kobiet w wieku 4–83 lat. Najliczniejszą (52) grupę pacjentek stanowiły kobiety po menopauzie, choć rozpoznanie ustalono także u 5 dziewczynek w wieku do 8 lat. Najczęściej zgłaszanymi chorobami współistniejącymi były: choroba Hashimoto (10 pacjentek), cukrzyca (7 pacjentek), nadciśnienie tętnicze (5 pacjentek), osteoporoza (3 pacjentki), bielactwo (2 pacjentki) oraz łuszczyca (2 pacjentki). Głównym objawem (ponad 90% pacjentek)

był świąd, który pojawił się od miesiąca do 10 lat przed zgłoszeniem się do Kliniki. Po potwierdzeniu rozpoznania u wszystkich pacjentek włączono leczenie miejscowe preparatem Clobetasol.

Wnioski. Pacjentki z liszajem twardzinowym stanowią znaczny odsetek kobiet zgłaszających się z powodu zmian w obrębie zewnętrznych narządów płciowych. Często obserwuje się współistnienie chorób autoimmunologicznych. Zebrany materiał potwierdza 2 szczyty zachorowań. Objawem zgłaszanym przez większość pacjentek jest świąd. Po zastosowaniu leczenia miejscowego preparatami glikokortykosteroidowymi silnej mocy obserwuje się z reguły zadowalającą odpowiedź.

SITA nie wpływa na surowicze stężenia zarówno cIgE, jak i asIgE na żadnym etapie obserwacji. W długoterminowej ocenie SITA hamuje odpowiedź zarówno Th2 (IL-4, IL-5, IL-10), jak i Th1 (IL-2R, INF- γ), mimo że różnice nie zawsze są istotne statystycznie. Zmniejszenie surowiczego stężenia ECP potwierdza przeciwwzapalny wpływ SITA.

Wnioski. Uzyskane wyniki potwierdzają skuteczność SITA u chorych na AZS, a efekty leczenia w odległej ocenie utrzymują się przez lata.

Grant naukowy: Allergopharma GmbH & Co. KG (Niemcy).

Odległa ocena skuteczności immunoterapii swoistej u chorych na atopowe zapalenie skóry

Nina Wyrzykowska, Magdalena Czarnecka-Operacz

Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Wprowadzenie. Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest przewlekłą i nawrotową dermatozą z towarzyszącym świądem, w którym swoista immunoterapia alergenowa (SITA) wydaje się stanowić ważną opcję terapeutyczną. Prezentujemy nowatorskie badanie dotyczące odległej oceny skuteczności SITA u chorych na AZS.

Cel pracy. Odległa ocena skuteczności immunoterapii swoistej u chorych na AZS na podstawie parametrów klinicznych i laboratoryjnych, oceny jakości życia oraz zapotrzebowania na leki.

Materiał i metodyka. W badaniu wzięło udział 15 pacjentów chorych na alergiczny typ AZS, u których w latach 1995–2001 przeprowadzono leczenie szczepionkami alergenowymi w odniesieniu do alergenów roztocza kurzu domowego oraz alergenów pyłków traw i zbóż. Ocenę przeprowadzono na podstawie wybranych parametrów klinicznych (W-AZS) oraz laboratoryjnych: alergologicznych (cIgE i asIgE) i immunologicznych (IL-2R, IL-4, IL-5, IL-10, INF- γ , ECP), jakości życia (DLQI) oraz zapotrzebowania na leki. Aktualne wyniki porównano z danymi sprzed SITA, jak i po jej zakończeniu.

Wyniki. Prawidłowo przeprowadzona SITA u chorych na AZS prowadzi do poprawy jakości życia, która utrzymuje się na stałym poziomie przez kolejne lata. SITA powoduje też poprawę stanu dermatologicznego, redukcję świądu, co w efekcie zmniejsza zapotrzebowanie na leki przeciwhistaminowe, miejscowe glikokortykosteroidy i emolienty.

Ocena ciężkości, obrazu klinicznego i wpływu na jakość życia świądu u kobiet ciężarnych

Justyna Szczęch¹, Artur Wiatrowski², Lidia Hirnle³, Adam Reich¹

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

²II Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

³I Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Świąd, definiowany jako nieprzyjemne odczucie prowadzące do drapania się, jest najczęstszym objawem subiektywnym towarzyszącym chorobom skóry.

Cel pracy. Ocena częstości występowania i charakterystyka świądu u kobiet w ciąży.

Materiał i metodyka. Przeprowadzono prospektywne, przekrojowe badanie w grupie 270 kobiet w ciąży w wieku 30,0 \pm 5,4 roku (zakres: 17–44 lata). Na podstawie wywiadu i badania przedmiotowego wypełniono specjalnie stworzoną ankietę. Pacjentki dokonywały ponadto oceny nasilenia świądu w skali VAS (ang. *Visual Analogue Scale*), VRS (ang. *Verbal Rating Scale*), a także wypełniały kwestionariusz DLQI (ang. *Dermatology Life Quality Index*). Całość wyników poddano analizie statystycznej.

Wyniki. Świąd w chwili badania występował u 21,5% kobiet ($n = 58$), podczas gdy częstość występowania świądu w całym okresie ciąży wynosiła 36,6% ($n = 99$). Świąd pojawiał się średnio w 27,5 \pm 7,3 Hbd (zakres: 1–38 Hbd) i najczęściej dotyczył brzucha (87,9%) i podudzi (44,8%). Na podstawie VAS oceniono jego nasilenie jako umiarkowane (średnio: 4,8 \pm 2,5 pkt, zakres: 1–10 pkt). Wartość DLQI mieściła się w zakresie 0–30 pkt (średnio: 5,4 \pm 5,7 pkt) i skorelowana była z punktacją VAS ($r = 0,46$, $p < 0,001$).

Nasilenie świądu najczęściej powodowały gorące i suche powietrze (odpowiednio: 51,7% i 36,2%) oraz pot (41,4%).

Wnioski. Ponad 1/3 kobiet w ciąży cierpi z powodu świądu, najczęściej o umiarkowanym nasileniu. Dla znacznej grupy kobiet ciężarnych jest to bardzo przykry i niepokojący objaw.

Grant naukowy: Grant promotorski nr Pbm205.

Wpływ świądu na jakość życia pacjentów chorujących na liszaj płaski

Kalina Welz-Kubiak, Adam Reich

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

Wprowadzenie. Liszaj płaski (LP) jest nieinfekcyjną, przewlekłą dermatozą grudkową o nie w pełni poznanej etiopatogenezie. Zmianom chorobowym na skórze towarzyszy z reguły silny świąd skóry.

Cel pracy. Ocena wpływu świądu na jakość życia pacjentów chorujących na LP oraz zbadanie wpływu stresu na pojawiający się w LP świąd.

Materiał i metodyka. Do badania włączono 77 osób z LP (52 kobiety i 25 mężczyzn; wiek 55,2 ±10,4 roku). Wszystkie osoby zostały poddane szczegółowemu badaniu podmiotowemu i przedmiotowemu, a na podstawie uzyskanych danych wypełniano specjalnie w tym celu przygotowany kwestionariusz. Nasilenie świądu oceniono za pomocą wizualnej skali analogowej (VAS) i kwestionariusza świądowego. Każdy pacjent oceniał jakość życia za pomocą kwestionariusza DLQI oraz został poproszony o wskazanie zdarzeń stresowych (wg skali Holmes i Rahe), które wydarzyły się w ciągu miesiąca poprzedzającego wysiew zmian skórnych, oraz ocenę nasilenia odczuwanego stresu w 5-stopniowej skali samooceny.

Wyniki. Wśród pacjentów z LP świąd był obecny u 94,9% chorych i zazwyczaj był określany jako najbardziej dokuczliwy objaw LP (65,4%); średnie nasilenie świądu w skali VAS wyniosło 6,8 ±2,8 pkt. Obniżenie jakości życia badanych osób w znaczący sposób było warunkowane nasileniem odczuwanego świądu (DLQI i VAS: $p = 0,29$; $p = 0,01$; DLQI i kwestionariusz świądowy: $r = 0,49$; $p < 0,001$). Około 1/3 pacjentów z LP podawała, że z powodu świądu ma znaczne problemy z zasypianiem (29,9%) oraz często wybudza się ze snu (29,9%). Nasilenie stresu emocjonalnego do miesiąca przed wysiewem LP nie miało wpływu na nasilenie świądu towarzyszącego LP ($p > 0,05$).

Wnioski. Nasilenie świądu znacznie pogarsza jakość życia pacjentów chorujących na liszaj płaski. Stres najprawdopodobniej nie ma wpływu na intensywność świądu w LP.

Częstość występowania raków skóry u pacjentów po przeszczepieniu nerki

Maria L. Piesiaków¹, Beata Imko-Walcuk², Janusz Jaśkiewicz³, Iwona Chruścicka³, Piotr Rak³, Sławomir Lizakowski⁴, Alicja Dębska-Słizień⁴, Bolesław Rutkowski⁴

¹Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Copernicus Podmiot Lecznicy Sp. z o.o., Poradnia Dermatologiczno-Wenerologiczna w Gdańsku

³Klinika Chirurgii Onkologicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

⁴Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. Raki skóry, szczególnie rak płaskonabłonkowy (ang. *squamous cell carcinoma* – SCC) oraz rak podstawnomórkowy (ang. *basal cell carcinoma* – BCC) są najczęstszymi nowotworami u chorych po przeszczepieniu nerki (TN). Rak płaskonabłonkowy, w związku z odmiennym oraz bardziej agresywnym przebiegiem, stanowi duże wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne.

Cel pracy. Określenie częstości występowania zachorowań na raki skóry w populacji polskich pacjentów po TN.

Materiał i metodyka. Przeanalizowano prospektywnie i retrospektywnie częstość występowania raków skóry w grupie 913 pacjentów po TN, którzy zostali poddani przeszczepieniu nerki w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku w latach 1980–2015. Większość pacjentów była po pierwszej TN (92,7%), pozostała część po drugiej TN. Średni czas obserwacji wynosił 96,7 miesiąca. Najczęściej stosowanymi schematami immunosupresyjnymi były: mykofenolan mofetylu (MMF), cyklosporyna A (CsA), glikokortykosteroid (GKS) (33,3%); MMF, takrolimus (TAC), GKS (23,5%); azatiopryna (AZA), CsA, GKS (19,8%).

Wyniki. W badanej grupie zdiagnozowano 138 raków skóry u 82 pacjentów. Ryzyko wystąpienia raka skóry w tej populacji było ponad 250-krotnie wyższe w porównaniu z populacją zdrową ($p < 0,000001$). Czas od TN do rozpoznania raka skóry wynosił średnio 114,2 miesiąca dla BCC i 105,1 mie-

siąca dla SCC. U 62,2% pacjentów zdiagnozowano pojedyncze ognisko raka skóry, u pozostałej części badanej grupy zdiagnozowano wieloogniskowe raki skóry. Spośród SCC 73,7% było zdiagnozowanych u pacjentów, którzy w schemacie immunosupresji przyjmowali CsA, 57,9% SCC u pacjentów, którzy przyjmowali AZA. Wśród BCC 73,7% było zdiagnozowanych u pacjentów otrzymujących schemat immunosupresji z MMF, 57,9% BCC – przyjmujących schemat z CsA.

Wnioski. Pacjenci po TN są znacznie bardziej predysponowani do wystąpienia raków skóry w porównaniu z populacją ogólną. Stosunek liczbowy SCC do BCC wzrasta z 0,2 : 1 w populacji ogólnej do 0,71 : 1 u chorych po TN. Stosowanie AZA w protokole immunosupresyjnym predysponuje do SCC. U chorych po TN raki skóry często występują wieloogniskowo.

Ocena stężeń czynnika wzrostu naskórka i jego receptora w osoczu i łuskach skórnych chorych na łuszczycę

Małgorzata Szterling-Jaworowska, Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie. Łuszczycza jest zapalną chorobą skóry uwarunkowaną genetycznie. Jednym z czynników, na których rolę w patogenezie łuszczycy zwraca się uwagę, jest czynnik wzrostu naskórka (ang. *epidermal growth factor* – EGF), który uczestniczy zarówno w proliferacji naskórka, jak i angiogenezie.

Cel pracy. Ocena wpływu aktywności łuszczycy na stężenia EGF i jego rozpuszczalnego receptora (sEGFR) w osoczu i łuskach skórnych.

Materiał i metodyka. Badaniami objęto 51 chorych z łuszczycą plackowatą w okresie zaostrzenia oraz 15 zdrowych osób. Stężenia EGF i sEGFR w osoczu i łuskach skórnych oznaczano metodą immunoenzymatyczną oraz analizowano w odniesieniu do ciężkości przebiegu łuszczycy wyrażonego wskaźnikiem PASI (ang. *Psoriasis Area and Severity Index*), czasu trwania choroby, aktualnego wysiewu oraz laboratoryjnych wskaźników zapalenia.

Wyniki. Średnie stężenie EGF było większe w osoczu pacjentów z łuszczycą niż w grupie kontrolnej (701 ±72 vs 586 ±63 pg/ml), ale różnica nie była istotna statystycznie. Średnie stężenie sEGFR było znacznie mniejsze w porównaniu z grupą kontrolną (40,8 ±1,4 vs 86,4 ±11,3 ng/ml). Poziom EGF w osoczu wykazał istotną pozytywną korelację, a sEGFR istotną negatywną korelację z PASI. Stężenie EGF w osoczu osiągnęło najwyższy średni poziom (914 ±138 pg/ml) u pacjentów z PASI > 20, co było statystycznie istotnie wyższe niż średnia (141 ±82 pg/ml) w grupie z PASI < 10. W łuskach pacjentów stwierdzano obecność EGF i sEGFR. Nie stwierdzono zależności pomiędzy oszczowymi i łuskowymi stężeniami EGF albo sEGFR a czasem trwania choroby, aktualnego wysiewu oraz wartościami wskaźników aktywności zapalnej.

Wnioski. Średnie stężenie EGF w osoczu pacjentów z łuszczycą było nieznacznie zwiększone w porównaniu z średnim stężeniem grupy kontrolnej, natomiast średnie stężenie sEGFR było znacznie mniejsze od stwierdzanego w grupie kontrolnej. Stężenie EGF w osoczu wykazało pozytywną, a sEGFR negatywną korelację z nasileniem choroby, czego konsekwencją było znaczne zwiększanie wartości współczynnika EGF/sEGFR.

Porównanie przydatności diagnostycznej multiparametrycznej immunofluorescencji pośredniej (wykrywającej przeciwciała IgG oraz zmodyfikowanej wykrywającej przeciwciała IgG4) i ELISA w pęcherzycy i pemfigoidzie pęcherzowym

Paweł Pietkiewicz¹, Justyna Gornowicz-Porowska¹,
Agnieszka Seraszek-Jaros²,
Monika Bowszyc-Dmochowska³, Elżbieta Kaczmarek²,
Paweł Bartkiewicz¹, Marian Dmochowski¹

¹Pracownia Autoimmunizacyjnych Dermatyz Pęcherzowych
Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

²Zakład Bioinformatyki i Biologii Obliczeniowej
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

³Pracownia Histopatologii i Immunopatologii Skóry
Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Wprowadzenie. Techniki biochemiczno-molekularne wykrywają przeciwciała wobec DSG1/3 w pęcherzycy, a BP180 i BP230 w pemfigoidzie pęcherzowym (ang. *bullous pemphigoid* – BP).

Cel pracy. Porównanie użyteczności IIF w systemie BIOCHIP: komercyjnej (cIIF; ocena IgG) i zmodyfikowanej (mIIF; ocena IgG4) i IgG ELISA do diagnostyki molekularnej pęcherzycy i BP.

Materiał i metodyka. Zbadano surowice 37 BP i 19 pęcherzycy. Do oceny zależności użyto dokładnego testu Fishera.

Wyniki. Stwierdzono zależność między pozytywnym/negatywnym wynikiem uzyskanym w cIIF z komórkami transfekowanymi DSG1/DSG3/BP230 oraz badaniem ELISA. Nie wykazano zależności między wynikiem badania przeciwciał IgG anty-BP180 w cIIF a wynikami badania anty-BP180 IgG ELISA. Badania mIIF z DSG1 i DSG3 cechowały się 100-procentową czułością oraz, odpowiednio, 100-procentową i 78-procentową swoistością, a także 100-procentową i 83-procentową wartością predykcijną dodatnią w porównaniu z cIIF. Badanie mIIF z BP230 charakteryzowało się 87-procentową swoistością i 55-procentową czułością, podczas gdy mIIF z BP180 – 100-procentową czułością i 13-procentową swoistością w porównaniu z cIIF.

Wnioski. cIIF z DSG1/DSG3/BP230, ale nie BP180, może być alternatywą dla badania ELISA w diagnostyce pęcherzycy/BP. mIIF umożliwia wykrywanie i mianowanie przeciwciał IgG4 w pęcherzycy/BP.

Ocena stężeń białka wiążącego retinol 4 i lipokaliny 2 w surowicy chorych na łuszczycę

Anna Baran, Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie. Łuszczycą jest powiązana z chorobami układu sercowo-naczyniowego, cukrzycą i zespołem metabolicznym. Białko wiążące retinol 4 (ang. *retinol binding-protein-4* - RBP-4) i lipokalina 2 (ang. *lipocalin-2* - LCN-2) odgrywają istotną rolę w rozwoju insulinooporności, miażdżycy i otyłości.

Cel pracy. Ocena stężeń RBP-4 i LCN-2 w surowicy chorych na łuszczycę oraz ustalenie zależności pomiędzy aktywnością choroby, leczeniem, wykładnikami stanu zapalnego oraz zaburzeniami metabolicznymi.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto 37 chorych na łuszczycę plackowatą w okresie zaostrzenia przed leczeniem miejscowym i po 14 dniach terapii oraz 16 osób zdrowych. Stężenia RBP-4 i LCN-2 oznaczano metodą immunoenzymatyczną. Wyniki analizowano w odniesieniu do ciężkości łuszczycy wyrażonej wskaźnikiem PASI, wskaźnika masy ciała, wskaźników stanu zapalnego, zaburzeń metabolicznych oraz skuteczności leczenia.

Wyniki. Średnie stężenie RBP-4 było większe w surowicy pacjentów z łuszczycą niż w grupie kontrolnej, ale nie osiągnęło istotności statystycznej ($p = 0,2$). Stężenie LCN-2 było istotnie zwiększone w grupie badanej w porównaniu z osobami zdrowymi ($p = 0,023$). Nie stwierdzono zależności pomiędzy RBP-4 i LCN-2 a glikemią (odpowiednio $p = 0,89$; $p = 0,68$), wskaźnikiem masy ciała ($p = 0,46$; $p = 0,25$) i wskaźnikiem PASI ($p = 0,514$; $p = 0,23$). Odnotowano istotną korelację frakcji LDL cholesterolu z LCN-2 ($p = 0,002$). Wykazano istotną statystycznie negatywną korelację pomiędzy RBP-4 ($p = 0,042$) a stężeniem białka C-reaktywnego oraz brak takiej korelacji z LCN-2 ($p = 0,23$). W wyniku zastosowanego leczenia średnie stężenie RBP-4 i LCN-2 nie uległo istotnej zmianie ($p = 0,3$; $p = 0,9$), pomimo uzyskania klinicznej poprawy.

Wnioski. Białko wiążące retinol 4 może odgrywać ochronną rolę w odniesieniu do przewlekłego procesu zapalnego, obecnego w łuszczycy i chorobach współwystępujących. Lipokalina 2 może być markerem łuszczycy i ryzyka rozwoju schorzeń kardiometabolicznych, ale nie wskaźnikiem stanu zapalnego.

Polimorfizm genu kładyny 1 rs17501010 i rs9290929 (CLDN1) – charakterystyka kliniczna atopowego zapalenia skóry i profil alergii IgE-zależnej

Anna Kubik, Jarosław Bogaczewicz, Anna Woźniacka

Klinika Dermatologii i Wenerologii
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Kładyna współtworzy połączenia pomiędzy keratynocytami. Istnieją sugestie, że zaburzona funkcja kładyny może się przyczyniać do ułatwionej penetracji alergenów przez naskórek i tym samym zaostrzać przebieg AZS.

Cel pracy. Zbadanie polimorfizmu genu kładyny 1 (CLDN1) u chorych na atopowe zapalenie skóry oraz wykazanie, czy istnieje związek pomiędzy określonymi genotypami a charakterystyką kliniczną choroby i występowaniem alergii IgE-zależnej.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto grupę 45 pacjentów chorych na AZS w wieku średnio 30,9 \pm 10,5 roku. Polimorfizm genu kładyny 1 (rs17501010 i rs9290929) określono metodą RT-PCR z wykorzystaniem odpowiednich sond. W ocenie występowania alergii IgE-zależnej posłużono się oznaczaniem przeciwciał w surowicy metodą ELISA.

Wyniki. W badanej grupie chorych SCORAD wynosił 71,9 \pm 16,1. Rozkład genotypów polimorfizmu rs17501010 w badanej populacji wynosił odpowiednio: GG u 75,5%, GT u 22,2%, TT u 2,2%, a rozkład genotypów polimorfizmu rs9290929 - AA u 71,1% i AT u 28,8%, nie stwierdzono genotypu TT. Nie wykazano zależności pomiędzy polimorfizmem genu kładyny a aktywnością choroby w SCORAD. W badaniach specyficznych IgE stwierdzono, że alergia na tymotkę łąkową dotyczyła 48,8% chorych, na żyto 48,8%, brzozę 42,2%, bylicę 40%, *Dermatophagoides* 33,3%, kota 44,4%, psa 37,7%, konia 6,6%, *Cladosporium* 20%, *Alternaria* 20%, białko jaja kurzego 20%, mleko krowie 6,6%, dorsza 8,8%, mąkę pszenną 15,5%, ryż 15,5%, soję 11,1%, orzech laskowy 31,1%, marchewkę 15,5% i jabłko 2,2%. Pacjenci, u których wykazano IgE-zależną alergię na alergeny brzozy i psa, charakteryzowali się wyższą aktywnością choroby ($p < 0,05$). U pacjentów z genotypem GG polimorfizmu rs17501010 istotnie częściej występowała alergia na białko jaja kurzego i na orzech laskowy ($p < 0,05$).

Wnioski. U chorych na AZS najczęściej stwierdzanym genotypem polimorfizmu rs17501010 i rs9290929 są odpowiednio genotypy GG i AA, które występują u blisko 3/4 procent pacjentów. Dla genotypu GG polimorfizmu rs17501010 częściej

stwierdza się alergię na białko jaja kurzego i orzech laskowy.

Aktywność wybranych cytokin a ryzyko rozwoju nowotworów skóry u pacjentów po przeszczepieniu narządów

Maria L. Piesiaków¹, Beata Imko-Walczuk², Janusz Jaśkiewicz³, Sławomir Lizakowski⁴, Alicja Dębska-Ślizień⁴, Bolesław Rutkowski⁴

¹Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.,

Poradnia Dermatologiczno-Wenerologiczna w Gdańsku

³Klinika Chirurgii Onkologicznej

Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

⁴Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. Jednym z działań niepożądanych terapii immunosupresyjnej u chorych po przeszczepieniach narządowych (Tx) jest wzrost ryzyka zachorowania na nowotwory skóry.

Cel pracy. Oznaczenie i porównanie poziomu cytokin mających znaczenie w reakcjach cytotoksycznych oraz regulatorowych u chorych po Tx w trzech grupach: (A) bez nowotworów skóry, (B) z łagodnymi i (C) złośliwymi nowotworami skóry, które rozwinęły się po transplantacji.

Materiał i metodyka. Do badania włączono 102 pacjentów (63 mężczyzn) w wieku średnio 54,3 ± 9,9 roku, 55,5 (34,0 mediana) miesięcy po Tx. Najczęściej stosowanymi schematami immunosupresyjnymi były: CsA-MMF-GS (37,4%), MMF-TAC-GS (15,2%), AZA-CsA-GS (14,1%), MMF-TAC (7,1%), CsA-GS (6,1%). Po pobraniu 5 ml krwi oznaczono poziomy lub stężenia cytokin: IL-2, INF- γ , IL-10 i TGF- β (Multicytokine Flex Set, ELISA). Użyto testu Kruskala-Wallisa, jako istotną statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki. U 36 pacjentów zdiagnozowano nowotwory skóry: 17 złośliwych i 19 łagodnych. Wiek, płeć i czas od przeszczepienia narządu nie różniły się znacząco pomiędzy grupami. Stwierdzono statystycznie istotnie mniejsze stężenie we krwi IL-2 i IL-10 u pacjentów z rozpoznanymi po Tx nowotworami skóry zarówno (B) łagodnymi, jak i (C) złośliwymi w porównaniu z (A) pacjentami bez rozpoznanego nowotworu skóry [odpowiednio (B) 0 pg/ml vs (C) 0 pg/ml vs (A) 21,22 pg/ml i (B) 4,93 pg/ml vs (C) 5,54 pg/ml vs (A) 7,36 pg/ml]. Różnice pomiędzy poziomami IFN- γ i TGF- β nie były znaczące.

Wnioski. Oznaczenie poziomu cytokin IL-2 i IL-10 jako wskaźnika odpowiedzi immunologicznej u pacjentów po Tx może być przydatne w określaniu ryzyka rozwoju raków skóry.

Zastosowanie komórek macierzystych jako składnika wypełniaczy na zwierzęcym modelu eksperymentalnym – raport z badań *in vivo*

Katarzyna Pietkun¹, Maciej Nowacki^{2,3}, Marta Pokrywczyńska³, Tomasz Kloskowski³, Maciej Gagat⁴, Alina Grzanka⁴, Magdalena Bodnar⁵, Andrzej Marszałek⁵, Tomasz Drewa³, Rafał Czajkowski⁶, Barbara Zegarska¹

¹Katedra Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Katedra Chirurgii Onkologicznej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

³Zakład Inżynierii Tkankowej Katedry Medycyny Regeneracyjnej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁴Katedra i Zakład Histologii i Embriologii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁵Katedra i Zakład Patomorfologii Klinicznej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁶Katedra Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wprowadzenie. Wypełniacze stanowią istotny element w postępowaniu w zakresie medycyny estetycznej, dermatologii oraz chirurgii plastycznej. Pomimo dobrze opracowanych technik iniekcji, dobrze poznanych i ściśle określonych zasad oraz procedur stosowania poszczególnych typów wypełniaczy, niektóre zabiegi nie przynoszą oczekiwanego efektu, wiążą się z potrzebą kilkietapowych zabiegów lub w rzadkich przypadkach wiążą się z możliwością wystąpienia powikłań i działań niepożądanych.

Cel pracy. Przedstawienie wstępnych wyników i metodyki pracy dotyczącej zastosowania komórek macierzystych jako składników wypełniaczy na zwierzęcym modelu eksperymentalnym.

Materiał i metodyka. W pracy wykorzystano 6 dziesięciodobnych szczurów rasy Wistar.

Na wszystkie prowadzone badania uzyskano zgodę właściwej dla miejsca Komisji Bioetycznej. Zwierzęta podzielono na 3 grupy, z czego dwie grupy stanowiły materiał badany, a jedna kontrolę. U zwierząt dokonano iniekcji wypełniacza (zgodnie z obecnymi standardami postępowania i wytycznymi oraz na ich podstawie) odpowiednio w okolicę czołową, grzbietową i klatki piersiowej. W grupie I (kontrola) zastosowano sam wypełniacz (kwas hialuronowy), w grupie II – kwas hialuronowy wraz z komórkami MSC, a w grupie III – materiał na bazie rybiego kolagenu wraz z komórkami MSC. Komórki macierzyste znakowano fluorochromem PKH 26.

Wyniki. U wszystkich zwierząt uzyskano pierwszy efekt wypełnienia, który był najsilniej wyrażony w grupie I i II. W grupie III zaobserwowano krótszy czas działania. Nie obserwowano powikłań lub istotnych zmian sugerujących negatywne działanie któregoś z wypełniaczy.

Wnioski. Komórki macierzyste mogą się stać potencjalnym i przyszłościowo istotnym składnikiem wypełniaczy, co może się przyczynić do poprawy efektu kosmetycznego i zmniejszenia liczby możliwych powikłań i niepowodzeń związanych z tego typu procedurami.

stochemicznych wykorzystano metodę EnVision AP z DAKO. Kontrolę stanowiły biopaty skóry zdrowej.

Wyniki. Biopaty ze zmian chorobowych cechowała obniżona ekspresja TM i TF w naskórku. Ponadto w przeciwieństwie do wycinków skóry zdrowej barwienia immunohistochemiczne wskazały na obecność TM w keratynocytach warstwy podstawnej. W przeciwieństwie do TF zaobserwowano obniżoną ekspresję TM w komórkach śródbłonna naczyń u pacjentów chorych na twardzinę. Śródnabłonkowa ekspresja vWF była porównywalna u pacjentów z twardziną i u osób zdrowych.

Wnioski. Zmiany w ekspresji markerów układu hemostazy mogą wskazywać na modulujący wpływ układu krzepnięcia i fibrynolizy na patomechanizm powstawania zmian twardzinowych.

Ekspresja wybranych markerów hemostazy tkankowej w skórze właściwej i naskórku w przebiegu twardziny

Agnieszka Sikora-Żydek^{1,2}, Edyta Gębska¹, Jerzy Jarzab¹, Romuald Wojnicz²

¹Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii w Zabrze

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

²Katedra i Zakład Histologii i Embriologii w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wprowadzenie. Twardzina jest chorobą tkanki łącznej. Zarówno twardzina ograniczona, jak i układowa charakteryzują się występowaniem wczesnej fazy zapalnej, po której dochodzi do włóknienia skóry.

Cel pracy. Ocena ekspresji wybranych markerów układu hemostazy w wycinkach skóry pacjentów chorych na twardzinę.

Materiał i metodyka. Materiał stanowiło 41 biopatów skórnych pobranych ze zmian chorobowych od 37 pacjentów chorych na twardzinę. W celu wykrycia markerów układu hemostazy w skrawkach mrożeniowych zastosowano przeciwciała monoklonalne: anti-TM, anti-vWF, anti-TF. Do badań immunohi-

Molekularne aspekty fotostarzenia

Michał Rogowski-Tylman, Aleksandra Lesiak, Anna Woźniacka, Joanna Narbutt

Klinika Dermatologii i Wenerologii
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Fotostarzenie się polega na występowaniu zjawisk prowadzących do zmian w strukturze i funkcji skóry pod wpływem promieniowania ultrafioletowego. Czynnikiem wzrostu nowotworów β (TGF- β) jest cytokiną mającą zdolność stymulowania proliferacji fibroblastów oraz hamowania wzrostu nabłonka, a promieniowanie ultrafioletowe powoduje dysregulację jego funkcji. Razem z białkiem Smad stanowi ścieżkę przekazu w tym procesie. Kolagen IV jest głównym typem kolagenu budującym błonę podstawną i jest degradowany przez metaloproteinazy. Podczas procesu starzenia skóry zmniejsza się jego ilość, a zachowane włókna stają się pofragmentowane.

Cel pracy. Określenie ekspresji tych białek w różnych etapach starzenia.

Materiał i metodyka. Biopsje skóry pobrano z ramienia w 2 grupach: grupę 1 stanowiło 15 wolontariuszy (średnia wieku: 24,1 roku) uczestniczących w 6-dniowym wyjeździe na Wyspy Kanaryjskie. Wycinki pobrano w ciągu 24 godzin od powrotu. Grupa 2 obejmowała 15 wolontariuszy z zaznaczonymi objawami fotostarzenia (średnia wieku: 64,1 roku). Grupę kontrolną (grupa 3) stanowiły wycinki z grupy 1 pobrane 24 godziny przed wylotem.

Wyniki. Średnie nasilenie ekspresji TGF- β w grupie 1 wynosiło $0,48 \pm 0,51$, a w grupie 2 – $0,54 \pm 0,44$ i było istotnie statystycznie mniejsze niż w grupie 1. Odsetek komórek Smad2(+) w grupie 1 wyniósł

1,81 ±1,16, a w grupie 2 – 2,13 ±1,39 i był statystycznie mniejszy niż w grupie 1. Nasilenie ekspresji kolagenu IV w grupie 1 wynosiło 1,16 ±0,55, a w grupie 2 – 0,96 ±0,45 i było istotnie statystycznie mniejsze niż w grupie 1. Nasilenie ekspresji MMP8 w grupie 1 wynosiło 1,36 ±0,68, a w grupie 2 – 0,34 ±0,42 i było istotnie statystycznie większe niż w grupie 1.

Wnioski. Uzyskane wyniki potwierdzają udział powyższych białek w fotostarzeniu, jak również mogą być uznane za markery zapoczątkowania tego procesu, zwracając jeszcze większą uwagę na fotoprotekcję.

Wpływ mieszaniny daidzeiny i genisteiny na skórę samców szczurów

Ewa Duchnik¹, Romuald Maleszka¹,
Mariola Marchlewicz²

¹Katedra i Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

²Zakład Dermatologii Estetycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Wprowadzenie. Badania ostatnich lat potwierdziły, że u obu płci budowa i funkcje skóry zależą od hormonów płciowych produkowanych w gonadach oraz w skórze. Ich wpływ jest możliwy dzięki ekspresji w komórkach skóry odpowiednich receptorów. Fitoestrogeny to związki pochodzenia roślinnego działające w organizmie ludzkim na podobieństwo estrogenów. Wyniki badań dotyczących samic szczurów po owariektomii wykazały, że mogą one przywracać prawidłową grubość naskórka, unaczynienie skóry, syntezę włókien kolagenowych i elastycznych, mogą mieć działanie antyoksydacyjne. Opublikowane wyniki badań dotyczą przede wszystkim skóry kobiet i samic zwierząt doświadczalnych.

Cel pracy. Zbadanie wpływu fitoestrogenów działających od najwcześniejszych etapów życia płodowego do czasu uzyskania dojrzałości płciowej na budowę histologiczną i funkcję skóry osobników męskich.

Materiał i metodyka. Badania przeprowadzono na samcach szczurów Wistar, które eksponowano pre-, a potem postnatalnie na mieszaninę izoflawonów sojowych, daidzeinę i genisteinę, w dawkach 2 mg/kg m.c./dobę lub 20 mg/kg m.c./dobę. Oceniono morfologię skóry z wizualizacją włókien kolagenowych oraz elastycznych różnymi metodami barwienia. Zbadano grubość naskórka, liczbę fibro-

blastów, grubość pęczków włókien kolagenowych w tkance łącznej skóry właściwej. Oznaczono parametry równowagi pro- i antyoksydacyjnej w skórze.

Wyniki. Obserwowano istotny wzrost grubości naskórka u samców eksponowanych na izoflawony sojowe w obu dawkach, wzrost grubości pęczków włókien kolagenowych i większą zawartość włókien elastycznych w warstwie siateczkowej skóry właściwej szczurów otrzymujących izoflawony sojowe w dawce 20 mg/kg m.c. w porównaniu ze zwierzętami z grupy kontrolnej. Nie wykazano różnic w układzie włókien kolagenowych typu I, III i liczbie fibroblastów. Stwierdzono istotne obniżenie aktywności katalazy oraz tendencję do zmniejszenia stężenia nadtlenków lipidów.

Wnioski. Małe i średnie dawki izoflawonów sojowych mogą mieć korzystny wpływ na naskórek i skórę właściwą osobników męskich.

Promieniowanie ultrafioletowe jako dysregulator ścieżki sygnalizacyjnej *sonic hedgehog*

Igor Bednarski¹, Karolina Wódz², Joanna Narbutt³,
Anna Woźniacka³, Aleksandra Lesiak³

¹Studenckie Koło Dermatologiczne przy Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Zakład Immunologii Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

³Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Rak podstawnokomórkowy skóry (ang. *basal cell carcinoma* – BCC) stanowi 80% wszystkich nowotworów skóry w populacji kaukaskiej. Dane z piśmiennictwa wskazują na rolę dysregulacji szlaku sygnalizacyjnego *sonic hedgehog* (Shh) w ich patogenezie. Głównym czynnikiem środowiskowym biorącym udział w rozwoju BCC jest ekspozycja na promieniowanie UV.

Cel pracy. Ocena ekspresji mRNA dla białek szlaku Shh w BCC skóry w zależności od lokalizacji zmiany.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto 36 pacjentów z rozpoznaniem histopatologicznie BCC. Od wszystkich badanych pobrano wycinki skóry, w których następnie dokonano oceny ekspresji mRNA dla białek szlaku Shh. Pacjentów podzielono na 2 grupy w zależności od lokalizacji zmian: grupa 1. ($n = 12$), gdzie zmiany znajdowały się na nieeksponowanej na UV powierzchni skóry, i grupa 2. ($n = 24$), gdzie zmiany występowały na obszarach narażonych na

przewlekłe działanie promieniowania UV. Do oceny ekspresji mRNA wykorzystano mikromacierze cDNA. Do analizy statystycznej danych użyto programu GENE-E.

Wyniki. U wszystkich badanych stwierdzono obecność elementów szlaku Shh: Smo, Ptch1, Ptch2, Gli1. W grupie 2. ekspresja mRNA białek Smo, Ptch1, Ptch2 i Gli1 była wyższa niż w grupie 1. (odpowiednio: 2,61; 1,79; 1,81 i 4,22 razy większa, $p > 0,05$). W grupie 2. stwierdzono istotnie podwyższoną ekspresję mRNA dla białek Bcl2, Ift88, Bnc1, Fbxw11 i Gli2 niż w grupie 1. (odpowiednio: 2,96; 3,3; 4,04; 5,27 i 5,9 razy większa, $p < 0,05$).

Wnioski. Uzyskane wyniki wskazują na udział ekspozycji na promieniowanie UV w dysregulacji ścieżki *sonic hedgehog*.

Mikrodermabrazja diamentowa jako alternatywa dla zastosowania farmaceutyków w redukcji plam barwnikowych skóry

Magdalena Niewęglowska-Wilk¹, Tomasz Wilk²,
Jadwiga Kalicińska¹, Radosław Śpiewak¹

¹Zakład Dermatologii Doświadczalnej i Kosmetologii
Uniwersytetu Jagiellońskiego *Collegium Medicum* w Krakowie

²Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Wprowadzenie. W celu redukcji plam barwnikowych obok środków farmakologicznych stosuje się zabieg mikrodermabrazji diamentowej. Jednak mimo ogromnej popularności wśród wykonujących oraz klientek nie ma dowodów naukowych skuteczności tego zabiegu w redukcji plam barwnikowych.

Cel pracy. Ocena skuteczności mikrodermabrazji diamentowej w redukcji plam barwnikowych na powierzchniach grzbietowych rąk u kobiet.

Materiał i metodyka. W randomizowanym badaniu kontrolowanym uczestniczyło 50 kobiet, które miały plamy barwnikowe na powierzchniach grzbietowych obu rąk. Grzbiet jednej, losowo wybranej ręki został poddany 10 zabiegom mikrodermabrazji powtarzanym w odstępach 7-dniowych, druga ręka stanowiła kontrolę. Stan skóry przed zabiegiem i po zabiegu sfotografowano w autorskiej bezcieniowej komorze do fotodokumentacji. Pary zdjęć wykonanych na początku i końcu obserwacji przedstawiono 40 niezależnym ewaluatorom, niewiedzącym, które zdjęcie dokumentowało stan przed, a które po zabiegu. Za pomocą testu χ^2 sprawdzono, czy wskazania ewaluatorów rozkładały się w sposób losowy, czy też określone zdjęcia były wskazywane częściej.

Wyniki. W przypadku 9 spośród 44 rąk poddanych zabiegowi ewaluatorzy częściej wskazywali, że plamy barwnikowe były bardziej widoczne na zdjęciach wykonanych przed zastosowaniem mikrodermabrazji, a w przypadku 5 rąk – po jej zastosowaniu. W odniesieniu do pozostałych 30 rąk oceniający nie dostrzegali istotnej różnicy w widoczności plam barwnikowych przed wykonaniem pełnej serii zabiegów i po. Spośród 44 rąk kontrolnych w przypadku 7 rąk ewaluatorzy częściej wskazywali, że plamy barwnikowe były bardziej widoczne na początku obserwacji, w przypadku 8, że na końcu, natomiast w przypadku pozostałych 29 rąk ewaluatorzy nie dostrzegali istotnej różnicy.

Wnioski. Wbrew deklaracjom producentów i obiegowym opiniom wykonanie pełnego cyklu 10 zabiegów mikrodermabrazji diamentowej nie skutkuje zauważalną redukcją plam barwnikowych na grzbietach rąk.

Ocena charakteru zmian naczyniowych w badaniu kapilaroskopowym u chorych na twardzinę układową i korelacja ze zmianami narządowymi

Zofia Gerlicz-Kowalczyk¹,
Elżbieta Dziankowska-Zaborszczyk²,
Anna Zalewska-Janowska¹,
Bożena Dziankowska-Bartkowiak³

¹Zakład Psychodermatologii Katedry Immunologii Klinicznej i Mikrobiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Zakład Epidemiologii i Biostatystyki
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

³Klinika Dermatologii i Wenerologii
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Badanie kapilaroskopowe jest podstawowym, nieinwazyjnym badaniem pomocniczym w diagnostyce chorób tkanki łącznej oceniającym mikrokrążenie *in vivo*. Charakterystyczny kapilaroskopowy wzorec naczyniowy jest czynnikiem rokowniczym w różnicowaniu i prognozowaniu chorób reumatycznych. Badanie to wykorzystuje się najczęściej w diagnostyce i obserwacji twardziny układowej (ang. *systemic sclerosis* – SSc), w której zmiany kapilaroskopowe występują u ponad 90% pacjentów.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto 25 chorych z twardziną układową (24 kobiety i 1 mężczyzną), w tym 19 pacjentów z postacią SSc z ograniczonymi stwardnieniami (ang. *limited sclerosis* – lSSc) i 6 z postacią SSc z uogólnionymi stwardnieniami (ang. *diffuse SSc* – dSSc). Wszyscy chorzy na twardzinę układową spełniali kryteria diagnostyczne zaproponowane przez LeRoy. U wszystkich badanych określano zmiany kliniczne i zmiany narządowe w przebiegu twardziny układowej. Oceniano zmiany narządowe powstałe w przebiegu SSc, w tym zmiany kardiologiczne, pulmonologiczne, nefrologiczne, hematologiczne i zaburzenia pasażu przełykowego. W badaniu kapilaroskopowym badano morfologię, rozmieszczenie, liczbę kapilar, a także współtowarzyszący obrzęk okołokapilarny.

Wyniki. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała statystycznie istotną różnicę w zaawansowaniu choroby ocenianej wg klasyfikacji Cutolo ($p < 0,01$) a wystąpieniem bądź brakiem zmian w narządach wewnętrznych oraz korelację zawansowania twardziny układowej wg Cutolo z występowaniem zaburzeń kardiologicznych ($p = 0,008$). Ponadto wykazano statystycznie istotną zależność między częstością występowania megakapilar a występowaniem suchości błon śluzowych jamy ustnej ($p = 0,04$), a także występowaniem kapilar krzaczastych a włók-

nieniem płuc ($p = 0,03$). Dalsza analiza statystyczna wykazała statystycznie znamienne dodatnią korelację pomiędzy występowaniem obszarów awaskularnych a obecnością nadżerek na opuszkach palców ($p = 0,04$).

Wnioski. Obserwowane w badanej grupie chorych uszkodzenie i destrukcja kapilar bez wtórnej ich odbudowy w badaniu kapilaroskopowym przemawiają za prognostyczną wartością tego badania. Uzyskane wyniki – potwierdzające związek pomiędzy obecnością zmian w narządach wewnętrznych, takich jak układ oddechowy i sercowo-naczyniowy, a obserwowanymi zmianami w badaniu kapilaroskopowym – podkreślają wartość oceny nieinwazyjnego badania kapilaroskopowego.

na skórze tułowia i kończyn, a także gwałtownego powiększenia się owrzodzeń na śluzówkach jamy ustnej. Poszerzono diagnostykę w kierunku zapaleń naczyń – wynik negatywny. Obraz kliniczny oraz histopatologiczny wycinków ze zmian skórnych najbardziej przemawiał za rozpoznaniem piodermii zgorzelinowej, obraz histopatologiczny wycinków błon śluzowych jamy ustnej ostatecznie nie rozstrzygnął etiologii zmian, mógł sugerować piodermię zgorzelinową. Włączono cyklosporynę A w skojarzeniu z prednizonem i uzyskano szybką regresję zmian skórnych oraz śluzówkowych.

Wnioski. Zmiany w przebiegu piodermii zgorzelinowej mogą powstawać na skórze oraz błonach śluzowych. Choroba ta często wiąże się z zaburzeniami hematologicznymi, nieswoistymi zapaleniami jelit, a także procesami rozrostowymi.

Opis przypadku pacjenta z piodermią zgorzelinową współistniejącą z czerniakiem skóry

Anna Niezgoda, Ewa Skrzeczko-Kwela,
Rafał Czajkowski

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych
Drogą Płciową oraz Immunodermatologii
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wprowadzenie. Piodermia zgorzelinowa jest chorobą, w której dochodzi do wtórnego uszkodzenia naczyń w wyniku nacieku neutrofilii. Proces ten prowadzi do powstawania szybko szerzących się owrzodzeń, może współistnieć z zaburzeniami hematologicznymi, nieswoistymi zapaleniami jelit, a także procesami rozrostowymi.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku pacjenta ze zmianami skórnymi oraz zmianami na śluzówkach jamy ustnej w przebiegu piodermii zgorzelinowej współistniejącej z czerniakiem skóry płeców.

Opis przypadku. Pacjent 69-letni, obciążony wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, został przyjęty do Kliniki Dermatologii w Bydgoszczy w celu diagnostyki i leczenia zmian o charakterze drobnych nadżerek, owrzodzeń na błonach śluzowych jamy ustnej. W Klinice na skórze płeców stwierdzono zmianę barwnikową klinicznie odpowiadającą czerniakowi. W badaniu histopatologicznym: *melanoma malignum cutis pT1a, excisio completa*. Wykonano diagnostykę w kierunku chorób pęcherzowych, przewlekłego wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej, choroby Behceta – wynik negatywny. W kolejnych dniach doszło do powstania szybko szerzącego się owrzodzenia na kończynie dolnej prawej, licznych rozsianych krost

Ekspresja mRNA SATB1 w chłoniakach skóry

Tadeusz Tadrowski¹, Dariusz Grzanka¹,
Waldemar Placek², Rafał Czajkowski¹

¹Katedra Dermatologii, Chorób Przenoszonych
Drogą Płciową i Immunodermatologii
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Katedra Dermatologii, Chorób Przenoszonych
Drogą Płciową i Immunodermatologii
Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Wprowadzenie. Chłoniaki skóry z komórek T (ang. *cutaneous T-cell lymphoma* – CTCL) są różnorodną klinicznie grupą chorób, w której nacieki limfocytarne dotyczą pierwotnie skóry. Objawy kliniczne wykazują podobieństwo do przewlekłych dermatoz zapalnych. Najnowszym narzędziem diagnostycznym w praktyce dermatologicznej są badania molekularne. Za potencjalny marker diagnostyczny uznaje się białko SATB1 – regulator ekspresji ponad 100 genów i reorganizator chromatyny.

Cel pracy. Opracowanie i optymalizacja metody oceny ekspresji mRNA SATB1 w CTCL i dermatozach zapalnych poprzez ocenę i porównanie ekspresji mRNA SATB1 w materiale biopsyjnym i z blozków parafinowych, ocenę wpływu zastosowania mikrodysekcji laserowej (LM) na wartość ekspresji mRNA SATB1, określenie wpływu metod utrwalania materiału biologicznego na jakość uzyskanego materiału genetycznego i ocenę przydatności materiału genetycznego uzyskanego w procesie LM do badań molekularnych.

Materiał i metodyka. Grupę badaną stanowiło 61 chorych z CTCL, a grupę kontrolną 28 pacjentów z dermatozami zapalnymi. Wykorzystano materiał archiwalny utrwalony w parafinie oraz uzyskany w procesie mikrodysekcji laserowej. Łącznie wykonano 225 preparatów RNA. Do oceny poziomu ekspresji zastosowano technikę qRT-PCR.

Wyniki. Badania potwierdzają ekspresję mRNA SATB1 w CTCL i w dermatozach zapalnych. Utrwalanie materiału biologicznego w parafinie oraz mrożenie nie wpływa w istotny sposób na wynik ekspresji. Sposób pozyskania materiału biologicznego ma istotny wpływ na ocenę stopnia ekspresji. W próbkach uzyskanych w procesie LM stwierdzono wyższy poziom ekspresji, zarówno w grupie badanej, jak i kontrolnej. Zależności wykazano w przypadku tkanek zarówno mrożonych, jak i utrwalonych w parafinie. Jakość uzyskanego materiału genetycznego RNA zależy od rodzaju zastosowanych metod utrwalania materiału biologicznego. Materiał genetyczny uzyskany w procesie LM oraz uzyskany z parafiny spełnia wymogi jakościowe i ilościowe wymagane do przeprowadzenia większości analiz molekularnych.

Grant naukowy: Stypendium Rozwojowe EFS dla doktorantów Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy w ramach projektu „Program rozwoju *Collegium Medicum*”.

wymi i zmleczeniami w obrębie błony śluzowej jamy ustnej od około roku. Siostra pacjentki, lat 58, zgłosiła się z ogniskiem łysienia bliznowaciejącego oraz zmleczeniami i nadżerkami błony śluzowej policzków. Pierwsze objawy pacjentka zaobserwowała 5 lat wcześniej. W obu przypadkach w obrazie trichoskopowym obserwowano nasilone tubularne złuszczenie okółomieszkowe i wydłużone naczynia o układzie follikulocentrycznym oraz ogniska pozbawione ujść mieszków włosowych. Na podstawie obrazu klinicznego, badania trichoskopowego i histopatologicznego u obu pacjentek ustalono rozpoznanie liszaja płaskiego mieszkowego skóry owłosionej głowy oraz liszaja płaskiego błon śluzowych. U pierwszej pacjentki nie uzyskano efektu terapeutycznego po zastosowaniu metotreksatu w dawce 15 mg/tydzień. Zahamowanie progresji zmian w obrębie skóry owłosionej głowy oraz ustąpienie zmian śluzówkowych zaobserwowano po włączeniu cyklosporyny w dawce 200 mg/dobę i triamcynolonu w dawce 4 mg/dobę. U drugiej pacjentki uzyskano korzystny efekt terapeutyczny po zastosowaniu metotreksatu w dawce 15 mg/tydzień.

Wnioski. W opisanych przypadkach zwraca uwagę rodzinne występowanie liszaja płaskiego o bardzo podobnej manifestacji klinicznej u obu pacjentek, jednak o różnej odpowiedzi na leczenie. Możliwość tła genetycznego w różnych postaciach liszaja płaskiego jest obecnie przedmiotem dyskusji.

Dwie siostry z liszajem płaskim jamy ustnej i skóry owłosionej głowy – opis przypadku

Katarzyna Polak-Witka, Lidia Rudnicka, Małgorzata Olszewska

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. Liszaj płaski jest przewlekłą chorobą zajmującą skórę gładką i owłosioną głowy, błony śluzowe i paznokcie. Liszaj płaski jamy ustnej występuje głównie u kobiet w średnim wieku, z częstością 1–3%. Liszaj płaski mieszkowy jest rzadką postacią łysienia bliznowaciejącego. Występuje głównie u kobiet, obejmuje najczęściej okolice szczytową i ciemieniową skóry owłosionej głowy.

Cel pracy. Analiza obrazu klinicznego i trichoskopowego u dwóch sióstr z liszajem płaskim skóry owłosionej głowy i jamy ustnej.

Opis przypadku. Pacjentka, lat 67, z postępującym od 13 lat łysieniem oraz zmianami nadżerko-

Olbrzymi rak podstawnokomórkowy

Małgorzata Radwanek, Aleksander Obtulowicz, Anna Wojaś-Pelc

Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego *Collegium Medicum* w Krakowie

Wprowadzenie. Rak podstawnokomórkowy jest najczęstszym złośliwym nowotworem u ludzi. W ciągu ostatnich lat zapadalność na nowotwory skóry, w tym raka podstawnokomórkowego, zdecydowanie wzrasta. W większości przypadków przebieg choroby jest powolny, a rosnące zmiany cechują się miejscową złośliwością. W związku z coraz większą świadomością zdrowotną pacjentów zmiany tego typu są szybko diagnozowane i usuwane, zanim osiągną większe rozmiary.

Opis przypadku. Przedstawiamy przypadek 85-letniej pacjentki z ponad 50-letnim wywiadem guza z tendencją do rozpadu na skórze tułowia. Według pacjentki już w 1960 roku w tej lokalizacji

pojawiła się niewielka zmiana rumieniowo-naciekowa określana przez lekarza jako wykwit łuszczycowy, dotychczas nieleczone. W badaniu fizykalnym stwierdzono zmianę wielkości około 20 × 12 cm o nieregularnych, uniesionych, miejscami brodawkujących brzegach, z rozległym owrzodzeniem w części centralnej wypełnionym treścią ropno-krwistą. W pobranym do badania histopatologicznego wycinku z brzegu rany stwierdzono utkanie raka podstawnokomórkowego. Ze względu na duży rozmiar oraz cechy głębokiego naciekania guza wykonano badania obrazowe (rezonans magnetyczny i tomografię komputerową) i stwierdzono wrzodzącą naciekię obejmującą swoim zasięgiem skórę oraz mięśnie, żebra, powięź i opłucną. Po konsultacji chirurgicznej i onkologicznej chorąż skierowano na leczenie.

zadowalającej poprawy, a stwardnienia skóry oraz tkanki podskórnej ulegały dalszej progresji. U pacjentki przeprowadzono dodatkowe badania diagnostyczne, które wykluczyły zmiany narządowe. Przeciwciała przeciwjądrowe ANA dodatnie, miano 320, typ świecenia cytoplazmatyczny. Od pacjentki 3-krotnie pobierano wycinki skóry do badania histopatologicznego, w których potwierdzono rozpoznanie twardziny. Na podstawie wywiadu, obrazu klinicznego oraz badań dodatkowych postawiono diagnozę UGM.

Wnioski. Dotychczas opisano jedynie kilka przypadków pacjentów z UGM. Ze względu na rozległość zmian skórnych oraz postępujący charakter schorzenia bardzo ważne jest szybkie ustalenie ostatecznego rozpoznania i włączenie skutecznego leczenia farmakologicznego i rehabilitacyjnego. Pozwala to uniknąć wielu powikłań u pacjentów z rozpoznaniem UGM.

Unilateral generalized morphea – opis przypadku

Agnieszka Białecka, Urszula Adamska,
Kaja Męcińska-Jundziłł, Rafał Czajkowski

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych
Drogą Płciową i Immunodermatologii
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wprowadzenie. *Unilateral generalized morphea* (UGM) opisywana jest jako odmiana twardziny liniowej. Do cech charakterystycznych dla tej postaci choroby należą: wczesny początek schorzenia, lokalizacja jednostronna, rozległe stwardnienia obejmujące skórę i tkankę podskórną. Pacjenci z rozpoznaną UGM często cierpią z powodu powikłań choroby, takich jak zanik mięśni, deformacje stawów czy trudno gojące się owrzodzenia.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku pacjentki, u której rozpoznano UGM, leczonej przez wiele lat lekami immunosupresyjnymi oraz fototerapią, ze stopniową progresją w zakresie zmian skórnych.

Opis przypadku. Pacjentka, lat 50, została przyjęta do Kliniki Dermatologii w celu diagnostyki i leczenia zmian o charakterze rozległych stwardnień skóry i tkanki podskórnej obejmujących lewą połowę brzucha oraz lewe udo. Wywiad chorobowy u pacjentki sięgał 7. roku życia, pierwsze zmiany o charakterze stwardnień wystąpiły w okolicy pachwiny lewej. Pacjentka była wielokrotnie hospitalizowana w Klinice Dermatologii, w przeszłości leczona penicyliną prokainową, fototerapią metodą *bath-PUVA*, cyklofosfamidem oraz ogólnie steroidoterapią. Żadna z wyżej wymienionych metod leczenia nie przyniosła

Tatuaze – czy wpływają na ekspresję emocji?

Zofia Kabzińska

Zakład Psychodermatologii Uniwersyteu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Wykonanie tatuazu może być rozumiane nie tylko jako zabieg kosmetyczny mający na celu przyozdobienie ciała, lecz także jako forma ekspresji emocji. Mimo powszechności tatuazów w różnych grupach społecznych, osoby wytatuowane, szczególnie te, które posiadają kilka tatuazów w widocznych miejscach, bywają postrzegane jako nerwowe lub agresywne i zdarza się, że wzbudzają lęk.

Cel pracy. Analiza wybranych aspektów funkcjonowania emocjonalnego (inteligencja emocjonalna, subiektywna kontrola ekspresji gniewu, lęku i depresji) osób posiadających tatuaze oraz próba znalezienia związku pomiędzy liczbą tatuazów a wyżej wymienionymi zmiennymi.

Materiał i metodyka. W badaniu wzięło udział 115 osób (60 kobiet i 55 mężczyzn) w wieku 17–42 lat (średnia = 26,7 roku; odchylenie standardowe = 4,5) posiadających od 1 do ponad 40 tatuazów. Grupę kontrolną stanowili niewytatuowani studenci ($n = 120$). Do oceny funkcjonowania emocjonalnego osób badanych użyto Kwestionariusza inteligencji emocjonalnej INTE w polskiej adaptacji Jaworowskiej i Matczak oraz Skali kontroli emocji CECS w polskiej adaptacji Juczyńskiego.

Wyniki. Nie zaobserwowano istotnych różnic w poziomie inteligencji emocjonalnej pomiędzy grupą badaną a kontrolną. Grupa badana nie różniła się

od kontrolnej również pod względem częstości zażywania środków psychoaktywnych. Subiektywna zdolność do kontroli gniewu, lęku i depresji wśród osób badanych nie odbiegała od normy w populacji. Nie stwierdzono również związku pomiędzy liczbą tatuaży a funkcjonowaniem emocjonalnym badanych. Zaobserwowano negatywną relację pomiędzy poziomem inteligencji emocjonalnej badanych a kontrolą depresji ($r = -0,19$; $p = 0,05$) i lęku ($r = -0,2$; $p = 0,05$).

Wnioski. Osoby wytatuowane nie różnią się od nieposiadających tatuażu pod względem inteligencji emocjonalnej ani subiektywnie postrzeganej zdolności do kontroli trudnych emocji. Fakt posiadania tatuaży nie wydaje się więc mieć związku z funkcjonowaniem emocjonalnym człowieka w analizowanych aspektach.

Współistnienie toczenia rumieniowatego ogniskowego oraz liszaja płaskiego

Justyna Skibińska, Lidia Rudnicka, Joanna Czuwara

Katedra i Klinika Dermatologiczna
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. Współistnienie toczenia rumieniowatego oraz liszaja płaskiego jest rzadkie i polega na występowaniu obu tych jednostek chorobowych u jednego pacjenta.

Cel pracy. Retrospektywna analiza pacjentów z powyższym zespołem nakładania z opisem obrazu klinicznego, przebiegu choroby oraz oceną efektywności leczenia.

Materiał i metodyka. Opisano trzy przypadki kliniczne pacjentów, u których stwierdzono cechy mogące przemawiać zarówno za toczeniem rumieniowatym ogniskowym, jak i liszajem płaskim mieszkowym. Chorzy znajdowali się pod opieką Kliniki Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2011–2015. Wykorzystano historie choroby i karty ambulatoryjne pacjentów. Uwzględniono dane pochodzące z opisów badania podmiotowego i przedmiotowego, wyniki badań laboratoryjnych, histopatologicznych, immunofluorescencyjnych oraz trichoskopowych.

Wyniki. Kliniczny obraz ognisk chorobowych we wszystkich opisywanych przypadkach miał postać łysienia bliznowaciejącego. W każdym z przypadków wynik badania trichoskopowego zawierał cechy charakterystyczne dla obu jednostek chorobowych (opisywano naczynia drzewkowate, złuszczenie wokół

jednostek włosowych, czopy rogowe oraz pola porcelanowobiałe). Wyniki badania immunofluorescencyjnego i histopatologicznego (z wyjątkiem jednego przypadku z obrazem niecharakterystycznym) przemawiały za jedną z nich, przy czym nie były ze sobą skorelowane w poszczególnych przypadkach. Znaczącą poprawę zmian skórnych uzyskano po zastosowaniu chlorochiny, retinoidów oraz cyklosporyny.

Wnioski. Zespół nakładania toczenia rumieniowatego oraz liszaja płaskiego obserwowano u kobiet w średnim wieku. Ze względu na złożoność problemu do ustalenia ostatecznego, pełnego rozpoznania konieczna jest korelacja obrazu klinicznego, trichoskopowego, histopatologicznego oraz immunofluorescencji bezpośredniej. Trichoskopia jest badaniem, którego wynik może wskazywać na konieczność diagnostyki w kierunku obu chorób.

Erytrodermia ichtiotyczna wrodzona, odmiana niepęcherzowa – opis przypadku

Joanna Krzysiek, Zofia Gerlicz-Kowalcuk,
Wojciech Bienias, Andrzej Kaszuba

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Erytrodermia ichtiotyczna wrodzona niepęcherzowa jest rzadką odmianą rybiej łuski charakteryzującą się uogólnionym złuszczeniem skóry o różnym stopniu nasilenia. Zmiany chorobowe wynikają z mutacji 6 genów kontrolujących szlaki metaboliczne w organellach komórek naskórka i skóry właściwej, co powoduje dysfunkcję keratynizacji. Objawy kliniczne pojawiają się wkrótce po urodzeniu i w cięższych przypadkach utrzymują się w wieku dorosłym.

Opis przypadku. Przedstawiamy przypadek 55-letniego pacjenta, który został przyjęty do Kliniki Dermatologii z powodu zaostrzenia zmian skórnych w przebiegu wrodzonej erytrodermii ichtiotycznej niepęcherzowej. Zaobserwowano uogólniony rumień, suchość skóry oraz hiperkeratozę naskórka z towarzyszącym grubopłatowym złuszczeniem. Duże, ściśle przylegające, jasnoszare łuski grupowały się na owłosionej skórze głowy, w zewnętrznych przewodach słuchowych oraz w fałdach skórnych. Zmianom towarzyszył umiarkowany świąd. Twarz pacjenta była dysmorficzna. W okolicy powiek były widoczne blizny po licznych zabiegach rekonstrukcji powiek z powodu oparzeń skóry w dzieciństwie. Ponadto występowało przerzedzenie brwi, zmiany

dystroficzne płytek paznokciowych oraz keratoderma dłoni i stóp. W terapii zmian skórnych zastosowano acytretynę, leki przeciwhistaminowe oraz preparaty miejscowe.

Wnioski. Przedstawiamy rzadki przypadek wrodzonej erytrodermii ichtiotycznej niepęcherzowej rozpoznany na podstawie obrazu klinicznego. Uzyskana poprawa kliniczna w leczeniu rybiej łuski zwykle nie jest długotrwała, dlatego należy rozważyć długoterminowe leczenie retinoidami.

na celu ustalenie ogniska pierwotnego nowotworu i wdrożenie leczenia.

Wnioski. Przerzuty nowotworów złośliwych do skóry występują rzadko, pogarszają rokowanie i często świadczą o zajęciu innych organów wewnętrznych. Mało charakterystyczny obraz kliniczny może sprawiać trudności diagnostyczne. Dokładnie przeprowadzone badanie podmiotowe i przedmiotowe ułatwia ustalenie rozpoznania, które zawsze powinno być potwierdzone badaniami histopatologicznymi, immunopatologicznymi oraz obrazowymi, mającymi również na celu ocenę stopnia zaawansowania klinicznego choroby nowotworowej.

Przerzuty raka neuroendokrynnego do skóry – opis przypadku

Urszula Adamska, Agnieszka Białecka,
Kaja Męcińska-Jundziłł, Rafał Czajkowski

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych
Drogą Płciową i Immunodermatologii
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wprowadzenie. Częstość występowania przerzutów nowotworów złośliwych do skóry ocenia się na 0,7–10,4%. Najczęściej są to przerzuty raka piersi, płuc, jelita grubego i czerniaka. Obraz kliniczny jest różnorodny. Pojawienie się przerzutów jest z reguły objawem progresji choroby nowotworowej i świadczy o złym rokowaniu. Przerzuty nowotworów do skóry mogą też świadczyć o nawrocie choroby nowotworowej bądź być jej pierwszym objawem.

Cel pracy. Prezentacja przypadku pacjentki z przerzutami raka neuroendokrynnego do skóry.

Opis przypadku. Pacjentka, lat 72, z rozpoznaną chorobą Binswagera i gruźlicą płuc w wywiadzie, została przyjęta do Kliniki Dermatologii w celu diagnostyki zmian skórnych o charakterze sinofioletowych guzów i guzków na owłosionej skórze głowy, w przewodzie słuchowym zewnętrznym lewym, na plecach i w pachwinie lewej. Pierwsze zmiany chorobowe pojawiły się miesiąc przed hospitalizacją i uległy szybkiej progresji, obejmując wymienione wyżej okolice ciała. W badaniu histopatologicznym wycinków skóry pobranych z guzów stwierdzono obraz odpowiadający rakowi neuroendokrynnemu. Na podstawie badań immunohistochemicznych: CK18+, CK19+, wysunięto podejrzenie przerzutów raka neuroendokrynnego trzustki lub raka drobno-komórkowego płuc. Obraz kliniczny i wyniki badań obrazowych sugerowały rozsiany proces nowotworowy. Ze względu na ciężki stan ogólny chora została przekazana do Kliniki Endokrynologii, gdzie zmarła przed zakończeniem diagnostyki mającej

Analiza porównawcza skuteczności leczenia trądziku młodzieńczego różnymi preparatami izotretynoiny ogólnej

Karolina Bieniek¹, Jakub Stasiak¹, Aleksandra Lesiak², Joanna Narbutt²

¹Szpital MSWiA w Łodzi, członek Studenckiego Koła Naukowego Dermatologii i Wenerologii przy Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Trądzik młodzieńczy to przewlekła choroba zapalna mieszków łojowo-włosowych wywołana zmianami hormonalnymi – nadmierną stymulacją androgenową. Obecnie stosuje się leczenie miejscowe i ogólne. Podstawą terapii ogólnej są antybiotyki oraz stereoizomer kwasu *all-trans*-retinowego (tretynoiny) – izotretynoina.

Cel pracy. Przeprowadzenie obiektywnej analizy porównawczej dotyczącej skuteczności leczenia preparatami izotretynoiny w porównaniu z innymi środkami leczniczymi stosowanymi w trądziku młodzieńczym, a także ocena działań niepożądanych tego leku w populacji łódzkiej.

Materiał i metodyka. Badanie zostało przeprowadzone metodą ankietową wśród 132 osób (90 kobiet i 42 mężczyzn, średnia wieku: 25,9 roku) leczących się z powodu trądziku młodzieńczego w Przeszpitalnej Poradni Kliniki Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w latach 2000–2014.

Wyniki. Średnia wieku rozpoznania choroby wśród respondentów wynosiła 15,7 roku. Dodatni wywiad rodzinny w kierunku trądziku młodzieńczego zgłosiło 36,3% ankietowanych. Preparaty izotretynoiny stosowało 63,6% respondentów. Poprawę odnotowało 95% z nich. Średni czas od rozpoczęcia stosowania leku do zauważenia poprawy wynosił 2 miesiące. Nawrót wystąpił w 33%, średnio po 3 miesiącach od zaprzestania przyjmowania leku. U 85% pacjentów pojawiły się działania niepożądane. Ponad 91% respondentów było zadowolonych z efektów leczniczych zastosowanej terapii. Wśród pacjentów nieprzyjmujących izotretynoiny 58% stosowało limescycynę (poprawę zauważyło 71%). Klindamycynę stosowało 17% pacjentów, azytromycynę 6% – w obu przypadkach poprawę zgłosiło 66% pacjentów. O konieczności stosowania antykoncepcji było poinformowanych przez lekarzy 74% kobiet.

Wnioski. Izotretynoina jest skutecznym lekiem stosowanym w terapii trądziku młodzieńczego. Po-

mimo wielu działań niepożądanych pacjenci są zadowoleni z efektów jej stosowania.

Wpływ stosowania ochrony przeciwsłonecznej na stężenie fruktozaminy po ekspozycji na promieniowanie UV w grupie pacjentów dorosłych

Joanna Sieniawska¹, Joanna Narbutt¹, Anna Woźniacka¹, Wojciech Fendler², Beata Mianowska², Wojciech Młynarski², Aleksandra Lesiak¹

¹Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Klinika Pediatrii, Onkologii, Hematologii i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Badania naukowe wskazują na sezonowe wahania stężenia glukozy we krwi oraz hemoglobiny glikowanej, a ekspozycja na światło słoneczne została uznana za jeden z czynników związanych z tym zjawiskiem. Zwiększone stężenie fruktozaminy występuje u pacjentów z cukrzycą, dlatego może być stosowane jako marker kontroli glikemii przy krótkotrwałych zmianach średniego stężenia glukozy we krwi.

Cel pracy. Ocena wpływu 6-dniowej ekspozycji na światło słoneczne na stężenia fruktozaminy we krwi u zdrowych ochotników, którzy stosowali filtry przeciwsłoneczne o różnym poziomie protekcji przeciwko promieniowaniu ultrafioletowemu (UVR).

Materiał i metodyka. Uczestnicy zostali losowo przydzieleni do jednej z trzech grup: grupa A, w której stosowano filtry pochłaniające UVA i UVB ($n = 15$), grupa B, w której stosowano filtry pochłaniające UVB ($n = 18$), grupa C, w której nie stosowano fotoprotekcji ($n = 22$). Uczestnicy z grup A i B zostali pouczeni, aby stosować krem do opalania w ilości 2 mg/cm² do osiągnięcia poziomu ochrony przeciwsłonecznej (SPF) 15. U wszystkich chorych oznaczano stężenie fruktozaminy przed ekspozycją i po ekspozycji.

Wyniki. Stężenie fruktozaminy nie zmieniło się znacząco po ekspozycji na słońce (pomiar początkowy 248,8 μmol/l, 25–75%: 238,5 do 258,8 μmol/l vs po ekspozycji na słońce 247,3 μmol/l, 25–75%: 234,9 do 261,8 μmol/l, $p = 0,6637$). Mediana zmian stężenia fruktozaminy różniła się istotnie między grupami (A: -1,90 mmol/l, 25–75%: -17,10 do 1,80 mmol/l vs B: -3,80 mol/l, 25–75%: -18,50 do 2,40 μmol/l vs C: 4,05 μmol/l, 25–75%: -3,20 do 22,0 mmol/l; jedno-

czynnikowa analiza wariancji – ANOVA $p = 0,0277$). Po korekcie grup wiekowych oraz połączeniu grupy A i B różnica w zmianie wyjściowego stężenia fruktozaminy była istotna statystycznie między grupą A + B (spadek) vs grupą C (wzrost, $p = 0,0193$).

Wnioski. Odpowiednie stosowanie ochrony przeciwsłonecznej podczas opalania spowodowało zmniejszenie stężenia fruktozaminy, podczas gdy brak ochrony przed UVR spowodował zwiększenie jej stężenia.

Działanie nanocząstek srebra na wzrost gronkowców w formie pojedynczych kolonii oraz biofilmu. Potencjalne możliwości zastosowania w praktyce medycznej

Dorota Mehrholz¹, Maciej Jaśkiewicz²,
Ewelina Zielińska³, Iwona Inkielewicz-Stępnik³,
Wojciech Kamysz², Roman Nowicki¹,
Izabela Błazewicz¹, Wioletta Barańska-Rybak¹

¹Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii

Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej

Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

³Katedra i Zakład Chemii Medycznej

Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. Gronkowiec złocisty (*Staphylococcus aureus*) jest jednym z najczęstszych drobnoustrojów powodujących zakażenia szpitalne i pozaszpitalne wśród populacji ludzkiej. W aspekcie narastania oporności *S. aureus* na powszechnie stosowane antybiotyki uzasadnione wydaje się poszukiwanie nowych metod terapeutycznych. Nanocząstki srebra (NsAg) mają właściwości przeciwbakteryjne, grzybobójcze oraz przeciwzapalne. Stwierdzono, że NsAg hamują proliferację bakterii oraz mają zdolność eradykacji tworzonego przez nie biofilmu.

Cel pracy. Analiza aktywności przeciwbakteryjnej NsAg w stosunku do szczepów *Staphylococcus*.

Materiał i metodyka. Badania zostały przeprowadzone na szczepach klinicznych *S. aureus* oraz referencyjnych: *S. aureus* i *S. epidermidis*. Zweryfikowana została aktywność NsAg zarówno wobec form planktonowych, jak i biofilmu. Badanie najmniejszego stężenia hamującego wzrost (ang. *minimal inhibitory concentration* – MIC) wykonano metodą mikrorozcieńczeń w bulionie na 96-dołkowych płytkach polistyrenowych zgodnie z zaleceniami CLSI.

Oznaczenie najmniejszego stężenia eradykującego biofilm (MBEC) zostało przeprowadzone przy użyciu wskaźnika żywotności komórek – resazuryny. Szczepy referencyjne: *S. aureus* ATCC 25923, *S. aureus* ATCC 6538, *S. aureus* ATCC 6538/P, *S. epidermidis* ATCC 14990, zostały nabyte w Polskiej Kolekcji Mikroorganizmów (PAN). Szczepy kliniczne pochodziły od pacjentów Kliniki Dermatologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, u których zdiagnozowano atopowe zapalenie skóry lub skórne infekcje gronkowcowe. Aktywność przeciwdrobnoustrojową zbadano dla pięciu rodzajów nanocząstek srebra o różnych wielkościach i w różnych buforach.

Wyniki. Stwierdzono wysoką aktywność przeciwdrobnoustrojową nanocząstek. Niektóre związki wykazywały również bardzo dobrą zdolność do eradykacji biofilmu.

Wnioski. Wysoka aktywność nanocząstek srebra sugeruje, że mogą one znaleźć zastosowanie w prewencji lub też terapii infekcji gronkowcowych.

MSSA i MRSA w atopowym zapaleniu skóry – kto przejmuje kontrolę?

Izabela Błazewicz¹, Maciej Jaśkiewicz², Marta Bauer²,
Lidia Piechowicz³, Roman Nowicki¹, Wojciech Kamysz²,
Wioletta Barańska-Rybak¹

¹Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii

Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej

Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

³Zakład Mikrobiologii Lekarskiej

Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. Gronkowiec złocisty (*Staphylococcus aureus*) jest podstawową przyczyną zakażeń bakteryjnych u ludzi na świecie. Jego obecność stwierdza się na skórze większości chorych na atopowe zapalenie skóry (AZS), a enzymy i toksyny wytwarzane przez szczepy powodują zaostrzenie stanu zapalnego.

Cel pracy. Analiza epidemiologiczna szczepów *S. aureus* kolonizujących skórę chorych na AZS pod kątem oporności na antybiotyki oraz wydzielanych przez nie toksyn.

Materiał i metodyka. Od 100 pacjentów z AZS pobrano wymazy ze skóry i przedsionka nosa w celu wyizolowania szczepów *S. aureus*. Identyfikacji dokonano za pomocą podłoża dwudzielnego chromID™ MRSA/chromID™ *S. aureus*. Oznaczono stężenia hamujące wzrost badanych szczepów me-

tołą seryjnych rozcieńczeń dla konwencjonalnych antybiotyków (ampicylina, ciprofloksacyna, erytromycyna, kwas fusydowy, linezolid, linkomycyna, mupirocyna, tetracyklina, wankomycyna) oraz antybiotyków peptydowych (CAMEL, Citropin1.1, daptomycyna, LL-37, Temporyna A). Metodą *multiplex* PCR oznaczono geny odpowiedzialne za produkcję eksfoliatyn, enterotoksyn, toksyny wstrząsu toksycznego, leukocydyny Panton-Valentine oraz genu mek kodującego oporność na metycylinę. W badanej grupie stwierdzono 70% szczepów MSSA i 10% szczepów MRSA.

Wyniki. Stwierdzono wysoki odsetek szczepów opornych na ampicylinę, erytromycynę, kwas fusydowy i mupirocynę. Oporność na daptomycynę należąca do grupy antybiotyków peptydowych stwierdzono w 40,3%, mimo braku wcześniejszej terapii powyższym lekiem. Nie stwierdzono szczepów opornych na pozostałe antybiotyki peptydowe. Wykryto geny odpowiedzialne za produkcję eksfoliatyn, enterotoksyny sec, toksyny wstrząsu toksycznego oraz PVL. Oporność na metycylinę wśród szczepów MRSA potwierdzono oznaczeniem genu mek.

Wnioski. Trudności ze znalezieniem szczepionki przeciwko *S. aureus* i narastająca oporność na antybiotyki niesie konieczność poszukiwania nowych możliwości terapeutycznych i analizy determinant patogenności.

Wpływ terapii adalimumabem na poziom wybranych adipokin w surowicy pacjentów z łuszczycą zwyczajną

Irmina Olejniczak-Staruch, Joanna Narbutt, Anna Woźniacka, Aleksandra Lesiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Cel pracy. Ocena stężenia wybranych adipokin (adiponektyny, leptyny, rezystyny oraz interleukiny 6 – IL-6) w surowicy pacjentów z łuszczycą zwyczajną przed terapią biologiczną z udziałem adalimumabu, w jej trakcie oraz po niej.

Materiał i metodyka. Materiał stanowiła grupa 19 pacjentów z przewlekłą łuszczycą zwyczajną leczonych adalimumabem, od których pobrano próbki krwi w celu oznaczenia stężenia IL-6, IL-22, rezystyny, adiponektyny oraz leptyny przed terapią biologiczną oraz w 12. i 52. tygodniu terapii. Metodą ELISA oznaczono stężenie powyższych substancji w surowicy w porównaniu z grupą kontrolną,

którą stanowiło 20 zdrowych osobników. Skuteczność terapii biologicznej oceniono na podstawie wskaźnika PASI.

Wyniki. Zaobserwowano znaczące ($p < 0,05$) zmniejszenie wartości PASI (z $15,12 \pm 3,98$ do $2,59 \pm 2,00$), rezystyny (z $4,48 \pm 2,24$ do $3,17 \pm 1,84$) oraz IL-6 (z $5,57 \pm 5,82$ do $2,65 \pm 2,32$) przed terapią adalimumabem i po niej. Stwierdzono korelację między PASI i rezystyną ($r = 0,29$, $p < 0,05$) oraz PASI i stężeniem IL-6 ($r = 0,26$, $p < 0,05$). Nie odnotowano zmian ($p > 0,05$) w stężeniu adiponektyny oraz leptyny podczas terapii biologicznej.

Wnioski. Zmiany w zakresie stężenia adipokin w trakcie terapii adalimumabem mogą wskazywać na ich udział w rozwoju zespołu metabolicznego u pacjentów z łuszczycą zwyczajną. Skuteczna terapia łuszczycy może mieć wpływ na brak rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych w tej grupie chorych.

Rola subpopulacji plazmacytoidalnych i mieloidalnych komórek dendrytycznych w reakcji nadwrażliwości kontaktowej

Joanna Krzysiek¹, Igor Bednarski², Joanna Narbutt², Anna Woźniacka², Aleksandra Lesiak²

¹Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Klinika Dermatologii i Wenerologii
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Wbrew powszechnej wiedzy na temat roli komórek dendrytycznych w fazie indukcji skórnej reakcji nadwrażliwości kontaktowej (ang. *contact hypersensitivity* – CHS) niewiele wiadomo o ich funkcji w fazie efektorowej. Patomechanizm komórek dendrytycznych krwi w odpowiedzi zapalnej podczas CHS jest przedmiotem badań wymagającym głębszej analizy.

Cel pracy. Ocena udziału komórek dendrytycznych krwi (BDC): plazmacytoidalnych DC (pDC) i mieloidalnych DC (MDC), w odpowiedzi zapalnej w miejscu wywołania reakcji CHS.

Materiał i metodyka. W badaniu wzięło udział 25 zdrowych ochotników, których średnia wieku wynosiła $22,3 \pm 6,1$ roku. Wszyscy wolontariusze byli uczuleni na difenylocyklopropenon (DPCP), a następnie po 3 tygodniach pobrano od nich wycinki skóry, które poddano barwieniu immunohistochemicznemu z użyciem mysich przeciwciał monoklonalnych skierowanych przeciwko ludzkim antygenom komórek dendrytycznych krwi (BDCA).

Wyniki. Biopsaty skóry wolontariuszy podzielono na dwie grupy: grupa 1., gdzie wynik CHS oceniano jako 0 (brak reakcji, $n = 7$), oraz grupa 2., u której wynik CHS oceniano jako 1 (stwierdzono obecność reakcji, $n = 18$). W porównaniu z grupą 1. w grupie 2. stwierdzono znacznie niższy odsetek pDC (odpowiednio 60% i 15%) w miejscu nacieku zapalnego. Zaobserwowano również odmienne tendencje rozkładu subpopulacji mDC – był wyższy w grupie 2. w porównaniu z grupą 1., chociaż wynik ten był statystycznie nieistotny.

Wnioski. Rezultaty badania dostarczają informacji na temat składu nacieku zapalnego w fazie indukcji skórnej reakcji CHS. Zakładamy, że brak równowagi między subpopulacją pDC i MDC może być kluczem do zrozumienia fazy efektorowej CHS.

Analiza cytotoksycznej aktywności rosuwastatyny wobec komórek czerniaka ludzkiego w warunkach *in vitro*

Małgorzata Maj¹, Marta Pokrywczyńska¹,
Tomasz Drewa¹, Rafał Czajkowski²

¹Katedra Medycyny Regeneracyjnej
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych
Drogą Płciową i Immunodermatologii
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wprowadzenie. Ze względu na trudności terapeutyczne w zaawansowanej postaci czerniaka skóry poszukuje się związków hamujących progresję nowotworu. Szczególne zainteresowanie wzbudzają statyny, będące inhibitorami szlaku mewanonowego. Hamowanie tego szlaku powoduje nie tylko zmniejszenie stężenia cholesterolu, lecz także produktów pośrednich zaangażowanych w potranslacyjną modyfikację białek, co wpływa na proliferację, apoptozę oraz ruchliwość komórek nowotworowych. Liczne doniesienia piśmiennictwa wskazują na potencjalne przeciwnowotworowe właściwości statyn. Rosuwastatyna jest jedynym lekiem z tej grupy, którego aktywność w stosunku do komórek czerniaka skóry nie została do tej pory poznana.

Cel pracy. Analiza przeciwczerńiakovych właściwości rosuwastatyny w warunkach *in vitro*.

Materiał i metodyka. W badaniu wykorzystano dwie linie komórkowe czerniaka skóry (A375 i WM152C) oraz linię prawidłowych fibroblastów

(BJ). Oceniono wpływ rosuwastatyny na właściwości biologiczne komórek – morfologię, aktywność metaboliczną, apoptozę i postęp cyklu komórkowego. Analizie poddano także zdolności inwazyjne komórek nowotworowych.

Wyniki. Rosuwastatyna ma zależne od czasu i stężenia działanie cytotoksyczne w odniesieniu do komórek linii A375. Nie zaobserwowano natomiast fragmentacji DNA oraz zahamowania cyklu komórkowego. Silne działanie antyproliferacyjne odnotowano również w przypadku linii BJ. Jednocześnie stwierdzono, że badana statyna w małych dawkach zmniejsza inwazyjność komórek nowotworowych.

Wnioski. Uzyskanie cytotoksycznego działania rosuwastatyny w stosunku do komórek nowotworowych wymagało zastosowania dawek przekraczających stężenia osiągnięte w surowicy przy standardowym dawkowaniu. Zahamowanie proliferacji, obniżenie żywotności oraz indukcja apoptozy w fibroblastach wskazują na potencjalne ryzyko uszkodzenia komórek prawidłowych. Pomimo braku działania cytotoksycznego statyny w małych dawkach mogą hamować tworzenie przerzutów i progresję nowotworu.

Grant naukowy: Grant finansowany ze środków na działalność statutową CM UMK: Ocena antyproliferacyjnego i proapoptotycznego działania statyn na komórki czerniaka ludzkiego – badanie *in vitro* (MN-2/WL).

Zmniejszona liczba krążących komórek progenitorowych śródbłonna (CD133+/KDR+) u pacjentów chorujących na łuszczycowe zapalenie stawów

Aleksandra Batycka-Baran¹, Maria Paprocka²,
Wojciech Baran¹, Jacek Szepietowski¹

¹Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

²Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej
Polskiej Akademii Nauk we Wrocławiu

Wprowadzenie. Łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS) jest przewlekłą chorobą zapalną stawów, zaliczaną do seronegatywnych artropatii zapalnych. Rozwój ŁZS jest zwykle poprzedzony występowaniem skórnych i/lub paznokciowych zmian łuszczycowych. Łuszczycowe zapalenie stawów jest ponadto związane ze zwiększonym ryzykiem sercowo-naczyniowym. Komórki progenitorowe śród-

blonka (CEPCs) uczestniczą w tworzeniu nowych naczyń krwionośnych oraz w naprawie uszkodzeń śródbłonki naczyniowej. Zmniejszenie liczby tych komórek wiąże się ze zwiększonym ryzykiem sercowo-naczyniowym.

Cel pracy. Ocena liczby CEPCs oraz osoczowego poziomu naczyniowo-śródbłonkowego czynnika wzrostu (ang. *vascular endothelial growth factor* – VEGF) u chorych na ŁZS w odniesieniu do grupy kontrolnej oraz osób chorujących na łuszczycę zwykłą, a także ocena ewentualnych zależności pomiędzy liczbą CEPCs a poziomem VEGF oraz wskaźnikami aktywności choroby (DAS28, PASI).

Materiał i metodyka. Badaną grupę stanowiły 24 osoby chorujące na ŁZS oraz 26 osób zdrowych. Rozpoznanie ŁZS oparto na kryteriach CASPAR. Komórki progenitorowe śródbłonki były identyfikowane w krwi obwodowej jako komórki podwójnie pozytywne dla antygenu CD133 i KDR (CD133+/KDR+), a ich liczbę oceniano metodą cytometrii przepływowej. Poziom VEGF oznaczano metodą immunoenzymatyczną (ELISA). Nasilenie choroby oceniano z użyciem wskaźnika DAS28 i PASI.

Wyniki. Liczba CEPCs była istotnie statystycznie mniejsza u chorych na ŁZS w odniesieniu do grupy kontrolnej ($p < 0,0001$) oraz korelowała ujemnie z aktywnością choroby (wskaźnikiem DAS28, PASI). Liczba CEPCs była istotnie statystycznie mniejsza u osób chorujących na ŁZS w porównaniu z liczbą komórek u pacjentów chorujących na łuszczycę zwykłą ($p = 0,042$). U chorych na ŁZS stwierdzono istotnie statystycznie wyższy poziom VEGF w stosunku do grupy kontrolnej ($p = 0,044$).

Wnioski. Zmniejszona liczba krążących CEPCs u chorych na łuszczycę stawową może wpływać na zwiększone ryzyko sercowo-naczyniowe w przebiegu tej choroby.

skórze części ciała przewlekle ekspozowanych na promienie słoneczne, takich jak: grzbiety rąk, przedramiona, szyja i twarz, i dotyczy głównie osób rasy białej, najczęściej starszych mężczyzn.

Cel pracy. Ocena potencjalnej roli niektórych substancji zawartych w stosowanych miejscowo preparatach w stosunku do komórek SCC skóry oraz normalnych keratynocytów.

Materiał i metodyka. Namnożono 2 linie komórkowe – ludzkiego raka kolczystokomórkowego SCC-25 oraz zdrowych keratynocytów ludzkich HEKa. W pracy badawczej użyto następujących związków: 5-fluorouracyl, ingenol, diklofenak, oraz kilku substancji zawartych w kremach z filtrami przeciwsłonecznymi. Oceniono wpływ wybranych substancji na proliferację i żywotność komórek SCC-25 oraz HEKa przy użyciu testu MTT.

Wyniki. 5-fluorouracyl oraz ingenol mają silne właściwości antyproliferacyjne w stosunku do komórek SCC i normalnych keratynocytów, ale do tych ostatnich w mniejszym stopniu niż do komórek rakowych. Związki zawarte w kremach z filtrami przeciwsłonecznymi w różnym stopniu nasilenia wykazują też właściwości antyproliferacyjne. Diklofenak wzmacnia proliferację zdrowych keratynocytów, a w większym stężeniu molowym hamuje wzrost komórek SCC-25.

Wnioski. Zastosowanie kliniczne takich substancji, jak 5-fluorouracyl, ingenol, diklofenak, oraz wybranych komponentów kremów z filtrami przeciwsłonecznymi skutkuje zahamowaniem wzrostu komórek nowotworowych skóry *in vitro*.

Analiza wpływu substancji zawartych w wybranych stosowanych miejscowo preparatach na komórki raka kolczystokomórkowego skóry

Tatsiana Damps, Małgorzata Olszewska, Lidia Rudnicka

Katedra i Klinika Dermatologiczna
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. Rak kolczystokomórkowy (ang. *squamous cell carcinoma* – SCC) jest drugim co do częstości występowania rakiem wywodzącym się z keratynocytów naskórka. Zwykle lokalizuje się na

Ekspresja receptorów na powierzchni komórek dendrytycznych w skórze chorych na atopowe zapalenie skóry

Kinga Ścibior, Krystyna Romańska-Gocka,
Rafał Czajkowski, Adam Cichewicz, Barbara Zegarska

Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wprowadzenie. Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest częstą i przewlekłą dermatozą spowodowaną zaburzeniami mechanizmów odporności humoralnej i komórkowej oraz defektem ektodermalnym i mikrobiomu. Znaczną rolę w zaburzeniach mechanizmów odpornościowych odgrywają zmiany dotyczące komórek dendrytycznych.

Cel pracy. Ocena liczebności i cech morfologicznych komórek dendrytycznych w skórze chorych na

AZS w zależności od nasilenia zmian chorobowych. Określenie, czy istnieje różnica w liczebności populacji komórek dendrytycznych w zależności od ich rozmieszczenia. Ustalenie, czy istnieje korelacja między występowaniem komórek dendrytycznych z określonymi receptorami a ich lokalizacją w skórze.

Materiał i metodyka. Badaniami objęto grupę 45 pacjentów z AZS. Grupę kontrolną stanowiło 20 zdrowych osób. Do przeprowadzenia badań zastosowano metodę immunofluorescencji pośredniej i podwójne barwienie.

Wyniki. U wszystkich pacjentów, zdrowych i chorych, stwierdzono komórki CD1a/CD207, CD1a/CD11c, CD1a/CD11b, CD1a/CD103, CD1a/FcεRIα i CD1a/HLA - DR. U chorych w ostrej fazie stwierdzono komórki CD1a/CD4, CD1a/CD23, CD1a/CD80 B7.1, CD1a/CD B7.2, CD1a/IgE. W obu grupach wszystkie różniły się morfologicznie.

Wnioski. Gęstość komórek CD1a/CD207, CD1a/CD11c, CD1a/CD11b, CD1a/CD103, CD1a/HLA - DR jest większa u chorych na AZS. Wszystkie komórki CD1a, CD11c i CD207 są komórkami dendrytycznymi oraz KL. Receptory CD4, CD23, CD80/B7.1, CD86/B7.2, IgE, FcεRIα stwierdzano tylko w fazie ostrej AZS. Wszystkie badane cechy różnią się w grupie badanej i kontrolnej.

Zagadnienie narażenia pracowniczego na seskwiterpeny laktonowe

Paweł Pietkiewicz¹, Paweł Bartkiewicz¹,
Justyna Gornowicz-Porowska¹,
Monika Bowszyc-Dmochowska², Marian Dmochowski¹

¹Pracownia Autoimmunizacyjnych Dermatyz Pęcherzowych
Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

²Pracownia Histopatologii i Immunopatologii Skóry
Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Wprowadzenie. Migracja zarobkowa stanowi współcześnie poważny problem demograficzny krajów Europy Wschodniej. Imigranci są zaangażowani do prostych prac fizycznych, niewymagających znajomości języka, w tym prac rolnych. Jakubek zwyczajny (*Jacobaea vulgaris*) jest chwastem z rodziny astrowatych (złożonych, *Compositae*) porastającym pastwiska, łąki i nieużytki Eurazji, skąd został zawleczony do obu Ameryk, Afryki i Oceanii. W krajach Wspólnoty Brytyjskiej na właścicielach ziemskich ciąży ustawowy obowiązek eradykacji tego chwastu z pól i pastwisk ze względu na obecność w nim szkodliwych związków chemicznych – przede wszystkim trujących dla zwierząt hodowlanych alkaloidów pirolizydynowych, ale także seskwiterpenów laktonowych (STL), wywołujących alergiczne styczne (tzw. wyprysk astrowatych) oraz fototoksyczne zapalenie skóry.

Cel pracy. Zaakcentowanie istotności precyzyjnie zebranego wywiadu lekarskiego poprzez zwrócenie uwagi na zagrożenia dla imigrantów wynikające z barier komunikacyjnych i/lub braku dbałości pracodawców o zdrowie nieświadomych zagrożeń obcojęzycznych rolnych pracowników najemnych.

Opis przypadku. Do Kliniki Dermatologii w Poznaniu przyjęto młodego mężczyznę z podejrzeniem choroby Dühringa (DH) z powodu obecności zmian pęcherzowych w obrębie rąk i kolan. Chory przyjechał w odwiedziny z Irlandii, gdzie usuwał chwasty z pastwiska gospodarza. Ekspozycja na STL zawarte w jakubku zwyczajnym spowodowała ostre pęcherzowe styczne zapalenie skóry o lokalizacji przypominającej DH, które wykluczono po badaniach pracownianych.

Wnioski. Imigranci zarobkowi pracujący w rolnictwie powinni być informowani przez właścicieli gruntów lub osoby nadzorujące prace, zazwyczaj zatroskane o dobrostan zwierząt hodowlanych, o zagrożeniu dla ludzi związanym ze stykiem skóry z sokiem z usuwanych chwastów. Podczas prac eradykacyjnych robotnicy powinni być zaopatrzeni w świeże ubranie ochronne i gumowe rękawice, by maksymalnie ograniczyć narażenie na uczulające związki.

Wieloletni świąd jako jedyny objaw choroby nowotworowej

Alicja Romaszekiewicz, Roman Nowicki

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. Nowotwory złośliwe mogą powodować świąd miejscowy i uogólniony. Do najczęstszych nowotworów wywołujących świąd zalicza się: chłoniak Hodgkina, szpiczak mnogi, zespół mielodysplastyczny, chłoniaki nieziarnicze, rak płuc, trzustki, jelita, prostaty, szyjki macicy i odbytnicy.

Cel pracy. Powszechnie wiadomo, że świąd może współistnieć z chorobą nowotworową. Celem pracy jest przedstawienie, że nawet wieloletnie objawy mogą mieć istotne znaczenie kliniczne. Omawiany przypadek pokazuje, że odpowiednią diagnostykę należy przeprowadzać cyklicznie. Nie wystarczy jednokrotne wykluczenie choroby, gdyż może ona wystąpić wiele lat później.

Opis przypadku. W pracy przedstawiamy przypadek 48-letniej pacjentki uskarżającej się na świąd skóry od 20 lat. Po przeprowadzeniu diagnostyki rozpoznano raka drobnokomórkowego wnęki lewego płuca.

Wnioski. Świąd jest częstym rewelatorem nowotworów. Należy pamiętać, że może on wystąpić zarówno przed, jak i w trakcie choroby zasadniczej. Mimo że świąd bezobjawowy może występować przez wiele lat, nie manifestując żadnej istotnej patologii, to nie można go zbagatelizować. Nawet tak długi, jak w omawianym przypadku klinicznym, bo aż 20-letni wywiad może mieć istotne znaczenie. Dlatego też dobrze przeprowadzony wywiad kliniczny oraz odpowiednia diagnostyka powinny być podstawowym narzędziem lekarskim w ustaleniu rozpoznania choroby.

Pityriasis rubra pilaris Devergie

Katarzyna Klusek-Serwatka,
Monika Kapińska-Mrowiecka

Oddział Dermatologii Szpitala Specjalistycznego
im. Stefana Żeromskiego w Krakowie

Wprowadzenie. Łupież czerwony mieszkowy (*pityriasis rubra pilaris* – PRP) jest rzadką (1 : 5000–1 : 50 000 przypadków), przewlekłą, grudek-złuszczeniową dermatozą zapalną. Może pojawić się w każdej grupie wiekowej. Przyczyna PRP nie jest znana.

Cel pracy. Przedstawienie chorego z PRP (typ I) w celu ułatwienia rozpoznawania tego rodzaju przypadków oraz możliwości terapeutycznych.

Opis przypadku. Pacjent, lat 65, został przyjęty na Oddział Dermatologii Szpitala im. Stefana Żeromskiego w Krakowie z powodu rozsiańcych na skórze tułowia i kończyn (z nasileniem na skórze okolicy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego oraz skórze przedramion z pozostawieniem ognisk skóry zdrowej – *nappes claires*) przymieszkowych grudek barwy czerwonej, grupujących się w blaszki o wielobocznym kształcie, o połyskliwej, czerwono-pomarańczowej powierzchni. Zauważalne było delikatne pomarańczowe zabarwienie powierzchni dłoniowej rąk z hiperkeratozą. Stopy, skóra owłosiona głowy i błony śluzowe jamy ustnej były wolne od zmian. Z dolegliwości subiektywnych pacjent zgłaszał pieczenie zajętej skóry. Zmiany skórne pojawiły się około 3 miesięcy przed hospitalizacją (pacjent wiązał ich wystąpienie z sytuacją stresową). Na podstawie badania histopatologicznego rozpoznano PRP. Stwierdzono następujące choroby towarzyszące: cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze i przerost prostaty. W trakcie hospitalizacji w wykonanych badaniach laboratoryjnych wykazano leukopenię, anemię z niedoboru witaminy B₁₂ i małopłytkowość. Włączono acytretynę w dawce 25 mg/dobę oraz stosowano leczenie miejscowe (maści złączające, natłuszczające). W kontrolach pohospitalizacyjnych po 7 i 14 tygodniach leczenia acytretyną obserwowano poprawę długoterminową.

Wnioski. Przypadek pacjenta z PRP (typ I) zaprezentowano ze względu na rzadkie występowanie tej jednostki chorobowej i dobry efekt leczenia.

Opis przypadku. Pacjent 65-letni został przyjęty do Kliniki Dermatologii z powodu rozsiańcych zmian plamiczych, zlokalizowanych na skórze gładkiej tułowia oraz kończyn. Zmiany były obecne od około 2 tygodni i powstały bez uchwytnej przyczyny. Podobne wykwity chorobowe wystąpiły u pacjenta 4 lata wcześniej. Wówczas był leczony z powodu plamicy hiperergicjnej. Po kilku dniach hospitalizacji zmieniła się morfologia wykwitów: zmiany plamicze na kończynach dolnych zaczęły się wchłaniać, natomiast pojawiły się szerzące się obwodowo rumienie, ustępujące w części centralnej, tworzące różnej wielkości obrączkowate, geometryczne wykwity. Pacjent zgłosił ból w prawym podżebrzu i klatce piersiowej, w związku z czym został skierowany na konsultację internistyczną oraz chirurgiczną. W wynikach badań obrazowych stwierdzono guz zagięcia wątrobowego okrężnicy ze zmianami o charakterze przerzutów w wątrobie, węzłach chłonnych i otrzewnej.

Wnioski. Wczesne rozpoznanie zespołu paraneoplastycznego może prowadzić do szybszego wdrożenia leczenia, gdyż w przypadku choroby nowotworowej czas rozpoznania ma istotne implikacje rokownicze.

Ocena skuteczności *Kalanchoe daigremontiana* w leczeniu łuszczycy

Sylwia Nowak, Ryszard Zieliński

Katedra Technologii i Analizy Instrumentalnej
Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu

Wprowadzenie. Łuszczycą jest niezakaźną chorobą zapalną skóry, która dotyczy 1–3% populacji. Wieloczynnikowa patogenezą, przewlekły charakter zmian i znaczna oporność na leczenie skutkują trudnościami w postępowaniu terapeutycznym oraz mało zadowalającymi efektami leczenia. W przemyśle farmaceutycznym w produkcji leków powszechnie stosuje się rośliny lecznicze. *Kalanchoe daigremontiana*, której potencjał leczniczy nie został do tej pory wykorzystany, ma silne właściwości w leczeniu zmian skórnych, m.in. łuszczycy. Zawartość tokoferoli, flawonoidów, kwasu askorbinowego oraz związków polifenolowych występujących w *Kalanchoe daigremontiana* przyczynia się do wzrostu jej potencjału leczniczego.

Cel pracy. Ocena skuteczności kremu z *Kalanchoe daigremontiana* w leczeniu miejscowym zmian w łuszczycy.

Materiał i metodyka. Przedmiotem badania był krem do stosowania zewnętrznego na skórę z eks-

Erythema annulare centrifugum. Opis przypadku

Anna Kubik, Elżbieta Waszczykowska, Anna Woźniacka

Klinika Dermatologii i Wenerologii
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. *Erythema annulare centrifugum* stanowi niezbyt częsty, ale charakterystyczny objaw paranowotworowy. Może występować w przypadku guzów sutka, płuc, układu pokarmowego i innych nowotworów złośliwych. Zmiany skórne stanowią rewelator procesu nowotworowego i ustępują po usunięciu guza.

Cel pracy. Przedstawienie jako przykładu przypadku pacjenta, u którego nietypowy obraz kliniczny stanowił zespół paraneoplastyczny.

traktem z *Kalanchoe daigremontiana*. Badaniom poddano grupę 40 ochotników. Osoby poddane testom nie zażywały leków i nie stosowały preparatów miejscowych mogących zafałszować wyniki badań. Każda z osób stosowała krem 2 razy dziennie przez 3 miesiące. Końcowa ocena skuteczności kremu została przeprowadzona na podstawie zebranej dokumentacji fotograficznej z wszystkich wizyt oraz statystycznej analizy poszczególnych przypadków.

Wyniki. Próba kontaktowa przyniosła pozytywne rezultaty. U osób poddanych badaniom już po pierwszym zastosowaniu świąd zmniejszył się o 80%. Po 2 tygodniach od pierwszego zastosowania zmniejszyło się zaczerwienienie, ognisko chorobowe, zostało ograniczone powstawanie blaszek łuszczykowych. Wśród zmian poddanych badaniom po 8–12 tygodniach 70% uległo całkowitej redukcji, pozostałe znacznie się rozjaśniły, a blaszki łuszczykowe zniknęły.

Wnioski. Krem z *Kalanchoe daigremontiana* normalizuje keratynizację, łagodzi świąd, a także wspomaga regenerację skóry dotkniętej łuszczycą.

Nowe metody leczenia owrzodzeń żylnych goleni – opis przypadków

Aleksandra Znajewska-Pander, Waldemar Placek, Agnieszka Owczarczyk-Saczonek

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

Wprowadzenie. Owrzodzenia żyłne goleni są najpoważniejszym powikłaniem przewlekłej niewydolności żyłnej oraz stanowią istotny problem społeczny. Diagnostyka oraz leczenie często są długotrwałe i wymagają od pacjentów dużo cierpliwości.

Cel pracy. Przedstawienie na przykładzie dwóch przypadków nowych metod leczenia u pacjentów z owrzodzeniami goleni stosowanych w Klinice Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej w Olsztynie.

Wnioski. Nowatorskie metody leczenia przyczyniają się do szybszego wygojenia owrzodzenia i tym samym do poprawy jakości życia pacjentów.

Dna moczanowa jako przyczyna zmian martwiczych skóry dłoni

Anna Wójcik-Maciejewicz, Dominik Samotij, Adam Reich

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

Cel pracy. Przedstawienie przypadku 41-letniego mężczyzny z nierozpoznaną dną moczanową.

Opis przypadku. W przebiegu choroby obserwowano pojawianie się licznych guzków i guzów dnawych, wywołujących istotne deformacje stawów rąk oraz zaburzenia troficzne, które spowodowały konieczność wykonania amputacji paliczka palca III ręki prawej i zaburzenia funkcji dłoni. Początkowo powolne narastanie aglomeratów kryształów moczianowych i formowanie guzków dnawych w różnych okolicach ciała, głównie palców rąk, nie kojarzyło się z ostrymi objawami zapalnymi stawów w przebiegu ataku dny moczanowej i powodowało duże trudności diagnostyczne.

Wnioski. Dna moczanowa jest stosunkowo częstym schorzeniem w naszej populacji. Kiedy choroba ma typowy przebieg, rozpoznanie nie następuje trudno, natomiast jej mniej typowy przebieg, np. przewlekłe zapalenie stawów o wieloletnim, niewielkim nasileniu, może być dużym wyzwaniem klinicznym. Taka sytuacja jest bardzo niebezpieczna, gdyż opóźnia rozpoznanie i leczenie choroby, co prowadzi nieraz do znaczących deformacji narządu ruchu i kalectwa.

Tinea incognita – opis przypadku

Nicole Machnikowski, Ania Putynkowska, Wioletta Barańska-Rybak

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. W ostatnich latach zanotowano stały wzrost zakażeń grzybiczych, które należą do najczęstszych klinicznych jednostek dermatologicznych. Grzybica skóry gładkiej ujawnia się w postaci obrączkowatych, dobrze odgraniczonych rumieniowo-złuszczających zmian, a mimo to często sprawia wiele trudności diagnostycznych i terapeutycznych. Termin *tinea incognita* odnosi się do infekcji dermatofitami, których obraz kliniczny został zamaskowany na skutek leczenia miejscowego bądź doustnego glikokortykosteroidami.

Cel pracy. Zwrócenie uwagi na trudności diagnostyczne i błędy terapeutyczne w infekcjach grzybiczych skóry gładkiej.

Opis przypadku. Mężczyzna 59-letni został przyjęty do kliniki w celu diagnostyki zmian rumieniowo-złuszczających zlokalizowanych na skórze twarzy, szyi i dekoltu, z wyraźnie odgraniczonym brzegiem. Wykwity utrzymywały się od około 7 miesięcy i towarzyszył im świąd o umiarkowanym nasileniu. Ze względu na ujemne wyniki badania mikologicznego wykonanego w warunkach ambulatoryjnych oraz wywiad sugerujący narażenie na substancje szkodliwe zmiany początkowo mylnie rozpoznano jako alergiczne i leczono miejscowymi preparatami glikokortykosteroidowymi. Z powodu braku poprawy pacjenta skierowano do Kliniki, gdzie w badaniu mikologicznym bezpośrednim oraz hodowli stwierdzono obecność grzybów. Potwierdzono to w badaniu histopatologicznym, które w barwieniu PAS wykazało obecność grzybów w warstwie rogowej. Włączono leczenie doustne terbinafiną w dawce 250 mg/dobę przez 6 tygodni oraz miejscowe leki przeciwgrzybicze i uzyskano całkowitą remisję zmian.

Wnioski. W każdym przypadku zmian skórnych o nie w pełni jednoznacznym obrazie klinicznym wskazane jest wykonanie badania mikologicznego i histopatologicznego w celu wykluczenia infekcji grzybiczej i uniknięcia błędnego postępowania terapeutycznego. Na skutek wdrożenia niewłaściwego leczenia obraz zmian skórnych może się znacznie zmienić, co stwarza dalsze trudności diagnostyczne.

z zakażeniem dermatofitowym. Prawidłowe rozpoznanie pozwoli na uniknięcie niepotrzebnego zlecenia badań diagnostycznych i kosztów nieskutecznej terapii przeciwgrzybiczej.

Opis przypadku. Do poradni zgłosiła się matka z 2-letnim synem, u którego rozpoznano stopy końsko-szpotawe. Poza tym chłopiec rozwijał się prawidłowo. Matka zgłosiła nieprawidłowy wygląd paznokci paluchów dziecka i ich bardzo powolny wzrost. Zmiany paznokci występowały od urodzenia. W badaniu stwierdzono trapezowaty kształt obu paznokci paluchów oraz wrastanie od strony wolnego brzegu. Były one pogrubiałe, wypukłe, wykazywały poprzeczne pobrudzenie, barwy szarżółtawej. Wywiad w kierunku urazów mechanicznych, zabiegów chirurgicznych, uciskającego stopy obuwiem, zakażeń w obrębie wałów paznokciowych był ujemny. Na podstawie wyglądu klinicznego oraz wywiadu wysunięto podejrzenie wrodzonego nieprawidłowego ustawienia paznokci paluchów. Chłopca skierowano na konsultację chirurgiczną, gdzie odstąpiono od leczenia chirurgicznego.

Wnioski. Nieprawidłowe ustawienie paznokcia palucha jest rzadką wrodzoną nieprawidłowością. W terapii stosuje się preparaty zmiękczające. Korykcyjne leczenie chirurgiczne zaleca się przeprowadzać do 2. roku życia oraz zawsze w przypadku powikłań.

Congenital malalignment of the great toenail – opis przypadku

Anna Matuszewska

Oddział Dermatologiczny
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 1 w Tychach

Wprowadzenie. Wrodzone nieprawidłowe ustawienie paznokcia palucha polega na ukośnym ustawieniu płytki paznokciowej. Spowodowane jest przekrzywieniem macierzy paznokcia, co prowadzi do jego zaburzonego wzrostu – pogrubienia i deformacji. Najczęstszymi powikłaniami są wrastanie paznokcia oraz szponowatość. Podejrzewa się, że jedną z przyczyn tego schorzenia jest przerost ścięgna mięśnia prostownika palucha. Wśród terapii wymienia się postępowanie zachowawcze, leczenie chirurgiczne w obrębie macierzy paznokcia. Obserwuje się również samoistną poprawę stanu paznokcia.

Cel pracy. Prezentowany jest opis choroby dotychczas nieprzedstawionej w polskim piśmiennictwie. Ma on na celu przybliżenie tej rzadkiej nieprawidłowości paznokci, łatwej do pomylenia

Piodermia zgorzelinowa współistniejąca z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego

Małgorzata Putała-Pościech, Ewa Robak,
Anna Woźniacka

Klinika Dermatologii i Wenerologii
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Piodermia zgorzelinowa to rzadka i nawracająca choroba neutrofilowa skóry o nieznannej etiologii. Często towarzyszy chorobom zapalnym jelit, nowotworom, reumatoidalnemu zapaleniu stawów i chorobom krwi.

Cel pracy. Prezentujemy przypadek pacjenta z piodermią zgorzelinową współistniejącą z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego.

Opis przypadku. Pacjent, lat 38, został przyjęty do Kliniki z powodu płytkiego, dobrze odgraniczonego od otoczenia owrzodzenia zlokalizowanego w obrębie grzbietu stopy lewej z towarzyszącym silnym bólem zajętej okolicy. Rana powstała 3 tygodnie przed hospitalizacją, po drobnym urazie. W wywiadzie

stwierdzono wrzodzące zapalenie jelita grubego rozpoznane w 2001 roku. Pacjent pozostawał w stanie remisji choroby przez wiele lat. Tydzień przed hospitalizacją z powodu nadużywania niesteroidowych leków przeciwzapalnych doszło do zaostrzenia w postaci wodnistych biegunek z domieszką śluzu i krwi. W leczeniu stosował sulfasalazynę w dawce 3 g/dobę. Na podstawie obrazu klinicznego oraz danych z wywiadu rozpoznano u chorego piodermię zgorzelinową. W wynikach badań dodatkowych stwierdzono podwyższony poziom wskaźników ostrej fazy, potasu, nadpłytkowość i leukocytozę. W leczeniu zastosowano glikokortykosteroidoterapię oraz leki immunosupresyjne – początkowo cyklosporynę A w dawce 250 mg/dobę, jednak ze względu na złą tolerancję leczenie zmodyfikowano. Włączono azatioprynę w wyjściowej dawce 100 mg/dobę, antybiotyk (ciprofloksacyna), leczenie miejscowe, kontynuowano terapię sulfasalazyną w dawce 3 g/dobę i uzyskano poprawę kliniczną w postaci spłycenia owrzodzenia, ziarninowania od brzegów rany. Ból stopy lewej ustąpił. W kontrolnych wynikach badań laboratoryjnych stwierdzono normalizację wskaźników ostrej fazy.

Wnioski. Przedstawiamy przypadek ze względu na często opisywane w piśmiennictwie współistnienie piodermii zgorzelinowej z zapalnymi chorobami jelit oraz dobrą odpowiedź na zastosowane leczenie.

Zastosowanie lasera CO₂ w leczeniu świerzbiczkowej guzkowej – prezentacja dwóch przypadków klinicznych

Magdalena Raszewska-Famielec, Paweł Piłat, Adam Borzęcki

NZOZ Med-Laser w Lublinie

Wprowadzenie. Świerzbiczkowa guzkowa jest przewlekłą psychodermatozą charakteryzującą się obecnością guzków na skórze z towarzyszącym silnym świądem. Wykwity lokalizują się zazwyczaj w częściach dystalnych kończyn po stronie prostowników. Choroba może się pojawić w każdym wieku i dotyczy w równych proporcjach obu płci. Stwarza duże trudności diagnostyczne i terapeutyczne.

Cel pracy. Przedstawienie dwóch pacjentów z wykwitami guzkowymi w przebiegu świerzbiczkowej guzkowej, niereagujących na konwencjonalne metody terapii, leczonych laserem CO₂ z bardzo dobrym efektem klinicznym.

Opis przypadku. Podczas wystąpienia zostaną zaprezentowane 2 przypadki kliniczne świerz-

biączki guzkowej u 16-letniej pacjentki i 66-letniego pacjenta. W obu przypadkach po wielu miesiącach stosowania preparatów miejscowych (GKS, inhibitorów kalcyneuryny) oraz fototerapii podjęto próbę usunięcia guzków laserem CO₂. W miejscach po laseroterapii obserwuje się niewielkie blizny łącznotkankowe i przebarwienia pozapalne.

Wnioski. Usunięcie guzków laserem CO₂ w przebiegu świerzbiczkowej guzkowej może być dobrą alternatywną metodą leczenia w przypadkach niereagujących na konwencjonalne terapie.

Rozsiane zmiany skórne typu *syringoma* u 74-letniego mężczyzny – opis przypadku

Zbigniew Pietrzak, Bożena Dzikowska-Bartkowiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. *Syringoma* (*hidradenoma eruptivum*) – gruczolaki potowe, są najczęstszymi guzami przydatkowymi o łagodnym charakterze. Występują zwykle u kobiet w okresie dojrzewania i następnie w wieku dojrzałym może dochodzić do zaostrzeń. Opisano 4 formy tego schorzenia: zlokalizowaną, uogólnioną/rozsianą, współistniejącą z trisomią 21 i rodzinną. W obrazie klinicznym przeważają liczne małe grudki skórne o bladym odcieniu lub w kolorze skóry otaczającej, zazwyczaj umiejscowione na powiekach. Opisywano przypadki umiejscowienia zmian w okolicy zewnętrznych narządów płciowych. Wykwity chorobowe powstają w miejscach obecności gruczołów potowych ekrynowych. Nie ma skutecznej metody leczenia. W terapii stosowana jest dermabrazja, zabiegi elektrochirurgiczne bądź laserowe, ogólnie izotretynoina lub miejscowo retinoidy.

Cel pracy. Prezentacja przypadku rozsianych zmian skórnych typu *syringoma* u 74-letniego mężczyzny.

Opis przypadku. Pacjent, lat 74, zgłosił się do przyklinicznej poradni dermatologicznej z powodu rozsianych zmian o typie cielistych, płaskowyniosłych grudek o średnicy 3–5 mm. Zmiany były zlokalizowane na skórze gładkiej klatki piersiowej i brzucha. Pierwsze dolegliwości pojawiły się około 20 lat wcześniej. Miały wówczas charakter zlokalizowany. Według słów chorego dotyczyły jedynie skóry gładkiej okolicy piersiowej prawej. Od kilku miesięcy chory obserwował stopniowe zwiększanie się liczby zmian w okolicy klatki piersiowej i brzucha. Jednocześnie chory negował jakiegokolwiek ob-

jawy podmiotowe. U pacjenta wykonano badanie histopatologiczne wycinka skórniego pobranego ze zmiany, którego obraz mikroskopowy odpowiadał rozpoznaniu *syringoma*.

Wnioski. *Syringoma* jest rzadką dermatozą, która może przebiegać w sposób stabilny przez wiele lat, nie dając objawów podmiotowych. Jednocześnie stanowi wyzwanie lecznicze ze względu na brak skutecznej metody terapeutycznej.

***Necrobiosis lipoidica* wciąż wyzwaniem diagnostyczno-terapeutycznym**

Magdalena Ciężyńska¹, Igor Bednarski¹,
Joanna Narbutt², Anna Woźniacka², Aleksandra Lesiak²

¹Studenckie Koło Dermatologiczne przy Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. *Necrobiosis lipoidica* jest rzadką dermatozą związaną z cukrzycą, która występuje u 0,3–1% diabetyków. Niemniej jednak istnieją przypadki tego schorzenia bez współwystępującej cukrzycy.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku 44-letniej pacjentki z 3-letnim wywiadem niecharakterystycznych zmian skórnych w postaci okrągłych, atroficznych, rumieniowo-naciekowych wykwitów zlokalizowanych w obrębie podudzi.

Opis przypadku. W pierwszym badaniu histopatologicznym zasugerowano obecność naciekowych zmian gruźliczopodobnych potwierdzonych jako *dermatitis chronica granulomatosa profunda tuberculoides*. Sześciomiesięczne leczenie przeciwgruźlicze nie przyniosło jednak oczekiwanej poprawy. Na podstawie kolejnych badań wycinków skórnych określono spektrum jednostek obejmujących *polyarteritis nodosa*, *necrobiosis lipoidica* oraz *granuloma annulare*. Dalsze badania i obraz kliniczny pozwoliły rozpoznać *necrobiosis lipoidica*. Pomimo stosowania intensywnych, złożonych schematów leczenia nie osiągnięto zadowalających efektów.

Wnioski. Zwrócenie uwagi na trudności diagnostyczne i terapeutyczne związane z tą jednostką chorobową.

Piodermia zgorzelinowa – opis przypadku

Paulina Kiluk, Dorota Kozłowska, Hanna Myśliwiec, Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie. Piodermia zgorzelinowa jest rzadkim schorzeniem o nieznannej etiopatogenezie, zaliczanym do dermatoz neutrofilowych. Rozpoznanie piodermii jest trudne, opiera się na charakterystycznym obrazie klinicznym oraz wywiadzie. Piodermia zgorzelinowa w około 50% przypadków współistnieje bądź wyprzedza schorzenia ogólnoustrojowe, m.in.: choroby zapalne jelit, zapalenia stawów, zaburzenia hematologiczne. Podstawą leczenia są leki immunosupresyjne lub immunomodulujące.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku pacjentki z wieloletnim wywiadem piodermii zgorzelinowej.

Opis przypadku. Pacjentka 43-letnia została przyjęta do Kliniki z powodu głębokiego, gwałtownie szerzącego się owrzodzenia z żywoczerwonym, podminowanym, zapalnym brzegiem w obrębie lewej kończyny dolnej. Zmianom towarzyszyły nasilone dolegliwości bólowe oraz wzrost parametrów ostrej fazy we krwi. W wywiadzie ustalono, że podobne zmiany skórne powstają od około 16 lat, obejmując kolejno skórę okolic pachowych, kończyn górnych, pachwin i pośladków. W miejscach tych były widoczne rozległe ogniska bliznowacenia. Chorą wielokrotnie hospitalizowano na oddziałach dermatologicznych oraz chirurgicznych. W terapii ogólnej stosowano m.in.: dapson, glikokortykosteroidy, sulfasalzynę, rentgenoterapię, a obecnie cyklosporynę A. Pacjentkę diagnozowano w kierunku chorób zapalnych jelit oraz zaburzeń hematologicznych, jednak nie potwierdzono jednoznacznie współistnienia choroby ogólnoustrojowej.

Wnioski. Piodermia zgorzelinowa jest schorzeniem, które pomimo dość charakterystycznego obrazu może powodować trudności diagnostyczne ze względu na podobieństwo do innych dermatoz przebiegających z tworzeniem owrzodzeń. Częste współistnienie z chorobami ogólnoustrojowymi sprawia, że jest ona schorzeniem interdyscyplinarnym, wymagającym współdziałania wielu specjalistów zarówno w trakcie diagnostyki, jak i leczenia.

Powikłania po zastosowaniu stężonego kwasu mlekowego z powodu przebarwień – opis przypadku

Alicja Frydrych, Hanna Myśliwiec, Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Wprowadzenie. Kwas mlekowy należy do α -hydroksykwasów (AHA). Ma działanie złuszczące, nawilżające i przeciwstarzeniowe. Występuje naturalnie w mleku i jogurtach. Jako składnik preparatów kosmetycznych zwiększa skuteczność ich działania. W kosmetyce jest zalecany osobom z przebarwieniami, trądzikiem i objawami starzenia się skóry. Kwas mlekowy w postaci czystej, stężonej jest środkiem, który drażni skórę i drogi oddechowe, dlatego producenci zalecają zachowanie szczególnej ostrożności podczas jego stosowania.

Cel pracy. Przedstawienie pacjentki, u której w wyniku zastosowania stężonego kwasu mlekowego doszło do powikłań w postaci kontaktowego zapalenia skóry z wtórną impetiginizacją.

Opis przypadku. Pacjentka 42-letnia została przyjęta do Kliniki Dermatologii i Wenerologii z powodu nasilonego stanu zapalnego skóry twarzy z cechami wtórnego zakażenia bakteryjnego. Zmiany wystąpiły 2 dni po zabiegu kosmetycznym z użyciem 80-procentowego roztworu kwasu mlekowego w celu zlikwidowania przebarwień na skórze twarzy. Zabieg miał być przygotowaniem do kolejnych (silniejszych) zabiegów. W badaniach laboratoryjnych nie obserwowano istotnych odchyłań od normy. W leczeniu zastosowano antybiotykoterapię dożylną, leki przeciwhistaminowe oraz leczenie miejscowe.

Wnioski. Rosnąca popularność gabinetów i zabiegów kosmetycznych sprawia, że wzrasta również częstość występowania powikłań. Do najczęstszych należą m.in. zakażenia bakteryjne i wirusowe. Stężony 80-procentowy roztwór kwasu mlekowego dostępny komercyjnie służy przygotowywaniu na jego bazie preparatów o mniejszym stężeniu. Zastosowanie stężonego roztworu kwasu przez personel kosmetyczny skutkowało wystąpieniem powikłań. Używanie nawet pozornie bezpiecznych substancji wymaga odpowiedniego doświadczenia i kwalifikacji, aby w momencie wystąpienia powikłań szybko i właściwie na nie zareagować.

Przypadek nawracającej ostrej uogólnionej osutki krostkowej wywołanej ofloksacyną w kroplach do oczu i omeprazolem

Katarzyna Nowogrodzka, Alina Jankowska-Konsur

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Ostra uogólniona osutka krostkowa (ang. *acute generalized exanthematous pustulosis* – AGEP) jest dermatozą charakteryzującą się nagłym wysiewem uogólnionych zmian krostkowych, którym towarzyszy wzrost temperatury ciała i neutrofilia. Schorzenie to należy do grupy ciężkich reakcji niepożądanych związanych ze stosowaniem leków.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku pacjentki z AGEP po zastosowaniu ofloksacyny w kroplach do oczu i omeprazolu doustnie.

Opis przypadku. Prezentujemy przypadek 65-letniej pacjentki, u której doszło do pojawienia się zmian o charakterze AGEP po zastosowaniu ofloksacyny i omeprazolu. W grudniu 2014 roku pacjentka przeszła przeszczep warstwowy przedni zamykający perforację rogówki oka lewego. W kwietniu bieżącego roku włączono omeprazol oraz ofloksacynę i deksametazon w kroplach do oczu. Dwa tygodnie później na skórze pojawiły się liczne zmiany krostkowe. Przy przyjęciu do Kliniki odstawiono omeprazol oraz ofloksacynę. Po zastosowaniu steroidów ogólnie i miejscowo zmiany ustąpiły. W maju bieżącego roku pacjentka została ponownie przyjęta do Kliniki z powodu wystąpienia polekowych zmian krostkowych po włączeniu omeprazolu i ofloksacyny.

Wnioski. W piśmiennictwie opisywano przypadki wystąpienia AGEP po zastosowaniu omeprazolu, nie opisywano natomiast takiej reakcji po kroplach do oczu z ofloksacyną. W Charakterystyce Produktu Leczniczego dotyczącej ofloksacyny zawarte są jednak informacje wskazujące, że zastosowanie kropli do oczu może indukować wystąpienie działań niepożądanych zgłaszanych po systemowym podaniu leku. Opublikowano opisy toksycznej nekrolizy naskórki i zespołu Stevensa-Johnsona wywołanych przez ofloksacynę w kroplach do oczu. Wydaje się, że w opisywanym przypadku wchłanianie przez uszkodzoną rogówkę mogło być zwiększone, co spowodowało wystąpienie uogólnionej reakcji nadwrażliwości na lek. Jednoczesne przyjmowanie obu leków uniemożliwia jednoznaczne określenie substancji odpowiedzialnej za wywołanie zmian o charakterze AGEP.

Ekspresja receptorów opioidowych w skórze u pacjentów ze świądem mocznicowym

Aleksandra Wieczorek, Maria Kozioł,
Jacek Szepietowski

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Świąd mocznicowy jest bardzo częstym objawem u pacjentów leczonych hemodializami z powodu przewlekłej choroby nerek. Etiopatogeneza świądu mocznicowego jest złożona i prawdopodobnie wieloczynnikowa, co stanowi dużą trudność w ustalaniu jego przyczyny. Sugeruje się, że obwodowy układ opioidowy może odgrywać istotną rolę w patogenezie świądu mocznicowego.

Cel pracy. Ocena ekspresji receptorów opioidowych μ i κ w skórze u pacjentów hemodializowanych ze świądem oraz bez świądu.

Materiał i metodyka. W badaniu wzięło udział 41 chorych (21 ze świądem i 20 bez świądu), będących w trakcie przewlekłej hemodializoterapii. Intensywność świądu oceniano za pomocą skali VAS (ang. *Visual Analogue Scale*). Średnia wartość świądu wynosiła $3,6 \pm 3,8$ pkt. Badanie ekspresji receptorów opioidowych przeprowadzono przy użyciu metody immunohistochemicznej.

Wyniki. Zaobserwowano znaczący ($p < 0,03$) spadek ekspresji receptora opioidowego κ u chorych ze świądem mocznicowym w porównaniu z grupą bez świądu ($1,1 \pm 0,62$ i $1,7 \pm 0,85$). W przypadku ekspresji receptora μ nie stwierdzono podobnej zależności. Poza tym korelacja między intensywnością świądu oraz ekspresją receptora opioidowego κ była znacząco negatywna ($R = -0,48$, $p < 0,001$).

Wnioski. Powyższe badanie wskazuje, że nieprawidłowości w obwodowym układzie opioidowym mogą istotnie wpływać na etiopatogenezę świądu mocznicowego.

Grant naukowy: IFSI Travel Grant for the 8th World Congress of Itch (WCI) 2015.

Analiza porównawcza wybranych receptorów Fc w autoimmunizacyjnych dermatozach pęcherzowych

Justyna Gornowicz-Porowska¹,
Agnieszka Seraszek-Jaros²,
Monika Bowszyc-Dmochowska¹, Elżbieta Kaczmarek²,
Paweł Pietkiewicz¹, Paweł Bartkiewicz¹,
Marian Dmochowski¹

¹Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

²Zakład Bioinformatyki i Biologii Obliczeniowej
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Wprowadzenie. Receptory Fc mogą być istotne w immunopatogenezie pęcherzycy, pemfigoidu pęcherzowego (ang. *bullous pemphigoid* - BP) i opryszczkowego zapalenia skóry (*dermatitis herpetiformis* - DH).

Cel pracy. Analiza skórnej ekspresji CD32A/CD89 w odniesieniu do ekspresji NE oraz poziomów surowiczych anty-desmogleina 1/3 (DSG1, DSG3) IgG w pęcherzycy, anty-BP180/BP230 IgG w BP oraz anty-transglutaminaza tkankowa (tTG)/naskórkowa (eTG)/nonapeptydy gliadyny (npG) IgA w DH.

Materiał i metodyka. Wycinki skórne i surowice zostały pobrane od 87 pacjentów. Zastosowano immunohistochemię i ilościową analizę morfometryczną do oceny ekspresji CD32A/CD89/NE oraz testy ELISA do oceny poziomu anty-DSG1/DSG3 IgG w pęcherzycy, anty-BP180/BP230 IgG w BP i anty-eTG/tTG/npG IgA w DH.

Wyniki. Stwierdzono istotnie większą ekspresję CD32A niż NE w pęcherzycy i BP oraz korelację pomiędzy ekspresją CD89 i poziomem anty-npG IgA w DH.

Wnioski. CD89 jest bardziej powiązany z nietolerancją glutenu w DH niż degradacją połączenia skóro-naskórkowego. CD32A odgrywa zapewne istotną rolę w wytworzeniu pęcherza w pęcherzycy i BP, jednak niezależnie od specyficznych przeciwciał.

Grant naukowy: Iuventus Plus MNiSW 2014 - projekt „Ekspresja receptorów dla fragmentu Fc przeciwciał w patogenezie autoimmunizacyjnych dermatoz pęcherzowych” 0127/IP1/2015/73. Uczelniany projekt dla młodych naukowców (502-14-02220350-10256) - Czynność i rozmieszczenie receptorów dla fragmentu Fc przeciwciał w autoimmunizacyjnych dermatozach pęcherzowych.

Kryptokokoza skóry u chorej po przeszczepieniu nerki – opis przypadku

Anna Putynkowska, Wioletta Barańska-Rybak

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. Kryptokokoza jest rzadką grzybicą wywoływaną przez drożdże z klasy *Deuteromycetes*, w większości przypadków *Cryptococcus neoformans* lub *Gatti*. Głównym źródłem zakażenia jest zanieczyszczona kałem zwierząt gleba zawierająca blastospory *Cryptococcus*, choć proces rozpowszechniania się choroby nie został w pełni poznany. U immunokompetentnych osób choroba występuje rzadko, częściej diagnozowana jest u pacjentów z obniżoną odpornością. Zmiany skórne stwierdza się u około 20% pacjentów z rozsianą kryptokokozą, a w obrazie klinicznym najbardziej charakterystyczne są guzki z pępkowatym zagłębieniem w części centralnej, przypominające mięczaka zakaźnego.

Cel pracy. Przedstawienie skórnej postaci kryptokokozy w przebiegu jej uogólnionej formy u pacjentki z obniżoną odpornością na skutek leczenia immunosupresyjnego po transplantacji nerki.

Opis przypadku. Kobieta 65-letnia po przeszczepieniu nerki od dawcy zmarłego, z niewydolnością nerek w przebiegu ich wielotorbielowatości, z nawracającymi zakażeniami układu moczowego została przyjęta do Kliniki Nefrologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (GUMed) z powodu podejrzenia nawrotu zakażenia układu moczowego. W posiewach krwi i moczu stwierdzono wzrost kolonii *Cryptococcus neoformans*. Po miesiącu hospitalizacji chora była konsultowana w Klinice Dermatologii GUMed w związku z pojawieniem się licznych zmian na skórze twarzy o charakterze litych grudek na podłożu teleangiektycznie zmienionej skóry. W badaniu histopatologicznym ze zmian skórnych stwierdzono obecność *Cryptococcus*. W związku ze stale pogarszającym się stanem ogólnym, ciężkim przebiegiem infekcji oraz licznymi obciążeniami pacjentka zmarła 4 miesiące po przyjęciu do szpitala.

Wnioski. Kryptokokoza jest schorzeniem, które występuje na całym świecie, głównie u osób z niedoborami immunologicznymi. Z uwagi na uogólniony charakter choroby niezbędne jest postawienie szybkiej diagnozy oraz wdrożenie agresywnego leczenia.

A follicular occlusion dyad – współwystępowanie *acne inversa* i rozwarstwiającego zapalenia skóry owłosionej głowy

Anna M. Woźniak, Joanna Czuwara, Lidia Rudnicka

Katedra i Klinika Dermatologiczna
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. *Acne inversa* wraz z rozwarstwiającym zapaleniem skóry owłosionej głowy to dwie rzadkie jednostki chorobowe, tworzące wspólnie z *acne conglobata* tzw. *follicular occlusion triad*. W piśmiennictwie wyróżnia się także *follicular occlusion tetrad*, w której poza wyżej wymienionymi chorobami dodatkowo występuje torbiel pilonidalna. Dla współwystępowania *acne inversa* z rozwarstwiającym zapaleniem skóry owłosionej głowy można zaproponować nazwę *follicular occlusion dyad*, co w polskim tłumaczeniu przyjmuje brzmienie diada okluzji mieszkowej.

Cel pracy. Zwrócenie uwagi na trudności terapeutyczne i ograniczenie metod leczenia w *acne inversa* oraz rozwarstwiającym zapaleniu skóry owłosionej głowy, podkreślenie wpływu obu chorób na stan psychiczny pacjenta, zaproponowanie nazwy *follicular occlusion dyad* dla współwystępowania *acne inversa* i rozwarstwiającego zapalenia skóry owłosionej głowy.

Opis przypadku. Pacjent 27-letni ze zmianami skórnymi odpowiadającymi *acne inversa* oraz rozwarstwiającemu zapaleniu skóry owłosionej głowy. W prezentacji zwrócono uwagę na czynniki ryzyka, trudności diagnostyczne i metody terapeutyczne. Pacjenta leczono kilkakrotnie klindamycyną z rifampicyną, a następnie acytretyną, co ograniczyło stan zapalny i umożliwiło przeprowadzenie dwóch radykalnych zabiegów chirurgicznych. Ze względu na kolejne nawroty zmian skórnych oraz ograniczone metody leczenia podjęto decyzję o zastosowaniu m.in. metotreksatu. W trakcie trwania choroby u pacjenta pojawiły się zaburzenia adaptacyjne, depresja oraz bezsenność.

Wnioski. Dobór metody leczenia należałoby rozpatrywać indywidualnie dla danego pacjenta. Długotrwały i nawrotowy przebieg choroby może skutkować poważnymi zaburzeniami psychicznymi. *Follicular occlusion dyad* wydaje się odpowiednią nazwą dla współwystępowania *acne inversa* z rozwarstwiającym zapaleniem skóry owłosionej głowy.

Pierwotnie skórny anaplastyczny chłoniak wielkokomórkowy u pacjentki z ziarnicą złośliwą – opis przypadku

Dorota Kozłowska, Anna Baran, Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie. Pierwotnie skórny anaplastyczny chłoniak wielkokomórkowy (ang. *cutaneous anaplastic large-cell lymphoma* – C-ALCL) należy do chorób limfoproliferacyjnych z komórek T CD30+. W odróżnieniu od postaci układowej C-ALCL ma łagodny przebieg. Często obserwuje się samoistne remisje, ale możliwe są nawroty. W obrazie klinicznym przeważają pojedyncze naciekowe guzy i guzki o czerwonym zabarwieniu, z tendencją do wrzodzenia. Postać wielogniskowa choroby występuje u 20% pacjentów. Chłoniak C-ALCL zwykle nie wymaga agresywnego leczenia. Terapia C-ALCL obejmuje miejscową radioterapię, ewentualnie chirurgiczne wycięcie zmian skórnych lub metotreksat.

Cel pracy. Przedstawienie pacjentki z wywiadem ziarnicy złośliwej, u której rozpoznano zmiany skórne w przebiegu pierwotnie skórniego chłoniaka z komórek T CD30+.

Opis przypadku. Pacjentka 35-letnia, z wywiadem ziarnicy złośliwej od 2005 roku, dwukrotnie leczona za pomocą chemioterapii oraz czynników wzrostu została przyjęta do Kliniki w celu diagnostyki i leczenia zmian skórnych utrzymujących się od kilku tygodni. Pacjentka podawała przed 5 laty epizod wykwitów skórnych o podobnym charakterze, które ustąpiły samoistnie. Przy przyjęciu w obrębie skóry szyi, tułowia oraz kończyn górnych stwierdzono liczne czerwone guzki oraz zmiany rumieniowo-naciekowe, którym towarzyszył silny świąd. W badaniu histopatologicznym wycinka ze zmiany skórnej rozpoznano chłoniaka anaplastycznego wielkokomórkowego. W badaniach obrazowych nie stwierdzono zajęcia narządów wewnętrznych ani węzłów chłonnych. Po zastosowaniu miejscowych preparatów glikokortykosteroidowych obserwowano szybką regresję zmian skórnych.

Wnioski. Rokowanie w C-ALCL jest dobre, 10-letnie przeżycie osiąga 90% chorych. Możliwe są samoistne remisje choroby. Pacjenci z anaplastycznym chłoniakiem wielkokomórkowym wymagają pogłębienia diagnostyki i wykluczenia postaci układowej, która ma agresywny przebieg i wymaga intensywnego leczenia.

Skórne działania niepożądane terapii celowanej raka gruczołowego płuca erlotynibem – opis przypadku i przegląd literatury

Magdalena Żychowska, Aleksandra Batorycka-Baran, Joanna Maj, Wojciech Baran

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Inhibitory receptora naskórkowego czynnika wzrostu (ang. *epidermal growth factor receptor inhibitors* – EGFRi), m.in. erlotynib, gefitynib, panitumumab, są obecnie coraz częściej wykorzystywane w leczeniu raka niedrobnokomórkowego płuca, raka jelita grubego i raka piersi. Do typowych dermatologicznych działań niepożądanych EGFRi należy: osutka grudkowo-krostkowa (trądzikopodobna), suchość skóry, zapalenie wałów paznokciowych, łysienie, trichomegalia, zapalenie błon śluzowych, nadwrażliwość na światło.

Cel pracy. Przedstawienie skórnych działań niepożądanych erlotynibu oraz omówienie możliwości terapeutycznych według aktualnych zaleceń.

Opis przypadku. Kobieta 63-letnia z rozpoznaniem w lutym 2014 roku rakiem gruczołowym płuca lewego (T4N0M1a), leczonym od momentu rozpoznania erlotynibem, została przyjęta do Kliniki Dermatologicznej z powodu rozsianych grudkowo-krostkowych zmian skórnych. Pierwsze zmiany na twarzy i w obrębie wałów paznokciowych stwierdzono 2–3 miesiące po rozpoczęciu leczenia. Zmiany na skórze głowy zaczęły się pojawiać po 4–5 miesiącach. Przedmiotowo stwierdzono rozsiane wykwity grudkowo-krostkowe na tułowiu i kończynach; na twarzy – zmiany trądzikopodobne; na skórze głowy – rozległe łysienie bliznowaciejące z licznymi krostkami i żółtawymi strupami; w obrębie wałów paznokciowych – zmiany typu *granuloma pyogenicum-like*. Wskaźnik jakości życia zależny od dolegliwości skórnych (ang. *Dermatology Life Quality Index* – DLQI) wynosił 15. W leczeniu stosowano dożylną antybiotykoterapię oraz miejscowo maści kortykosteroidowe z antybiotykami i uzyskano poprawę stanu skóry. Włączono profilaktykę nawrotu zmian skórnych zgodnie z brytyjskimi zaleceniami onkologicznymi. Przez cały czas kontynuowano terapię celowaną erlotynibem.

Wnioski. Skórne działania niepożądane EGFRi mogą znacznie upośledzać jakość życia pacjentów. Ze względu na wzrastającą częstość stosowania tych leków warto poznać spektrum dermatologicznych powikłań terapii celowanej i aktualne zalecenia do-

tychące postępowania w przypadku wystąpienia tych objawów.

życia oraz zadowalającymi efektami funkcjonalnymi i kosmetycznymi.

Słoniowaczna narządów płciowych u pacjentów z *hidradenitis suppurativa*

Edyta Lelonek, Łukasz Matusiak, Andrzej Bieniek, Jacek Szepietowski

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

Wprowadzenie. *Hidradenitis suppurativa* (trądzik odwrócony) jest zapalną, nawrotową chorobą manifestującą się obecnością przetok, ropni oraz bliznowacenia. Opisywanej jednostce chorobowej, szczególnie przy skrajnie ciężkim nasileniu zmian skórnych, nierzadko towarzyszą powikłania, do których można zaliczyć m.in. bliznowate przykurcze kończyn, występowanie raka kolczystokomórkowego w zmianach, przetoki do stawów i dróg moczowych czy słoniowaczne narządów płciowych.

Cel pracy. Omówienie aspektów obniżenia jakości życia oraz przedstawienie własnych wyników leczenia operacyjnego słoniowaczny narządów płciowych u pacjentów z *hidradenitis suppurativa*.

Materiał i metodyka. Leczeniu operacyjnemu zostało poddanych 7 pacjentów (4 mężczyźni, 3 kobiety) w wieku 32–58 lat (średnia: 41 ±9,4 roku). Czas trwania choroby w opisywanej grupie wynosił 5–30 lat (średnia: 14 ±8,2 roku). U wszystkich pacjentów w badaniu fizykalnym i podmiotowym stwierdzono nikotynizm (średnia: 22,4 ±9,9 paczkoroku), nadwagę (średnia BMI: 31,6 ±3,7 kg/m²) oraz nasilenie choroby w stopniu III wg Hurley. W badaniu wykorzystano zwalidowane kwestionariusze: DLQI (ang. *Dermatology Life Quality Index*), 13-item BDI (ang. *Beck Depression Inventory*), FACIT-F (ang. *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Fatigue scale*), skalę stygmatyzacji A. Evers (6-item scale) oraz kwestionariusz dotyczący zdrowia (EQ-5D).

Wyniki. W wyniku zabiegu chirurgicznego opisywana grupa pacjentów doświadczała istotnej statystycznie poprawy jakości życia, zarówno w aspekcie ogólnego zmęczenia chorobą, jak i aktywności ogólnej i zawodowej, a także wpływu na poziom depresyjności i nasilenie stygmatyzacji.

Wnioski. Leczenie operacyjne słoniowaczny narządów płciowych u pacjentów z *hidradenitis suppurativa* można uznać za efektywny sposób terapii tego powikłania, cechujący się znaczną poprawą jakości

Erythema gyratum repens jako nietypowa manifestacja skórna ziarniniaka grzybiastego

Piotr Parcheta, Elżbieta Kłujso, Beata Kręcisz

Klinika Dermatologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach

Wprowadzenie. Ziarniniak grzybiasty (*mycosis fungoides* – MF) jest najczęstszym chłoniakiem dotyczącym pierwotnie skóry, który wywodzi się z obwodowych limfocytów T. Ziarniniak grzybiasty charakteryzuje się zazwyczaj niską złośliwością, przewlekłym postępującym przebiegiem oraz wyjątkowo zmiennym charakterem wykwitów skórnych. Znanych jest co najmniej 31 odmian klinicznych. *Erythema gyratum repens* (EGR) jest uznawany za rzadki zespół paraneoplastyczny, najczęściej związany z nowotworem płuca, piersi oraz przełyku. Osutka charakteryzuje się szybko rozprzestrzeniającymi się wykwitami rumieniowymi o girlandowatych i festonowatych kształtach.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku nietypowej manifestacji klinicznej MF.

Opis przypadku. Prezentujemy przypadek 71-letniej pacjentki, która została przyjęta do Kliniki Dermatologii w celu diagnostyki zmian skórnych o charakterze girlandowato układających się, nieznacznie nacieczonych wykwitów rumieniowych z niewielkim złuszczeniem na powierzchni, rozsianych na całym ciele. Zmiany pojawiły się po raz pierwszy 6 miesięcy wcześniej, były okresy samoistnej, całkowitej remisji. Rozpoznanie MF ustalono na podstawie obrazu histopatologicznego wycinka skóry – stwierdzono umiarkowanie obfity naciek złożony głównie z małych limfocytów i pojedynczych średniej wielkości, a część z limfocytów o mózgowkształtnych jądrach komórkowych oraz wyraźny epidermotropizm. Immunohistochemicznie w nacieku przeważały limfocyty T CD3+, CD4 : CD8 około 20 : 1, CD7 1%. Na podstawie oceny klinicznej i wyników badań diagnostycznych zaawansowanie nowotworu określono jako T2aN0M0. Po konsultacji hematologicznej w leczeniu zastosowano fototerapię PUVA z miejscowymi glikokortykosteroidami i uzyskano początkowo szybką redukcję zmian skórnych.

Wnioski. Nawet „typowy” obraz kliniczny MF wymaga czasami pogłębionych badań histopatologicznych w celu określenia właściwego rozpoznania.

Gruźlica skóry – trudności diagnostyczne. Opis przypadków

Magdalena Pisula, Agata Maciejewska-Radomska,
Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Waldemar Placek

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

Wprowadzenie. Gruźlica jest przewlekłą ziarniakową chorobą zakaźną, wywoływaną przez prątki kwasooporne z grupy *Mycobacterium tuberculosis complex*. Najczęściej w przebiegu choroby zajęte są płuca, choć zakażenie może dotyczyć każdego narządu lub tkanki. Gruźlica skóry jest rzadką postacią gruźlicy o zróżnicowanym obrazie klinicznym. Częstość jej występowania wynosi około 0,5-1/100 tysięcy. Różnorodność obrazu klinicznego oraz skąpopobojowy przebieg utrudniają często ustalenie prawidłowego rozpoznania i wdrożenie odpowiednio wcześniej leczenia.

Cel pracy. Przedstawienie dwóch przypadków gruźlicy skóry u pacjentek Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej w Olsztynie.

Opis przypadków. U jednej kobiety chorobę rozpoznano na podstawie obrazu klinicznego, dodatniej próby tuberkulinowej i potwierdzono badaniem histopatologicznym. Wielomiesięczna terapia skojarzona rifampicyną i izoniazidem spowodowała ustąpienie zmian chorobowych. Druga pacjentka, 56-letnia, zgłosiła się do Kliniki Dermatologii w Olsztynie z powodu zmiany rumieniowo-naciekowej policzka lewego, rozpoznanej i leczonej od 4 lat jako sarkoidoza. W toku przeprowadzonej diagnostyki stwierdzono dodatni Quantiferon Gold oraz potwierdzono gruźlicę w badaniu histopatologicznym wycinka skóry.

Wnioski. Rozpoznanie gruźlicy skóry nadal stanowi trudność diagnostyczną. Rzadko daje się uwiidoczyć prątki w badaniu histopatologicznym, a wyniki badania bakteriologicznego zwykle są ujemne. W przypadku gruźlicy toczniowej skóry wynik posiewu i PCR mogą być ujemne, nie wyklucza to jednak rozpoznania. Obraz kliniczny oraz histopatologiczny są wystarczające do włączenia leczenia, a dobra odpowiedź na leczenie przeciwprątkowe często potwierdza diagnozę.

Postęp alergii kontaktowej w ciągu 10 lat obserwacji – opis przypadku

Magda Wachal, Dorota Jenerowicz,
Aldona Prochowska, Magdalena Czarnecka-Operacz

Klinika Dermatologii
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Alergia kontaktowa to osobnicza nadwrażliwość organizmu na niskocząsteczkowe związki pochodzące ze środowiska (hapteny), przebiegająca z zaangażowaniem mechanizmów reakcji typu opóźnionego (typ IV w klasyfikacji Gella i Coombsa). Złotym standardem w diagnostyce alergii kontaktowej są testy płatkowe. Przedstawiamy przypadek 38-letniej pacjentki z postępującą alergią kontaktową. U chorej w 2005 roku wykonano testy płatkowe, które ujawniły jedynie nadwrażliwość na neomycynę. W maju 2015 roku pacjentka przeszła zabieg ortopedyczny – usunięcie kaletki gęsiej stopki kolana lewego, po którym w miejscu nacięcia skóry i w miejscach założenia szwów chirurgicznych zaczęły pojawiać się nasilone zmiany skórne o morfologii wyprysku. W sierpniu 2015 roku ponownie wykonano testy płatkowe, które tym razem ujawniły wieloważną alergię kontaktową na neomycynę, kobalt, balsam peruwiański, cynk, cynę i miedź. Testy płatkowe wykonane ze środkami odkażającymi użytymi w trakcie zabiegu okazały się ujemne. Trudno jednoznacznie ocenić, czy przeprowadzony zabieg chirurgiczny przyczynił się do postępu alergii kontaktowej u opisywanej chorej. Wiadomo jednak, że rozpoznanie alergii kontaktowej u pacjenta może predysponować do rozwoju wielu schorzeń – przede wszystkim alergicznego kontaktowego zapalenia skóry, jak również nietolerancji implantów ortopedycznych, implantów dentystycznych czy stentów naczyniowych.

Zespół Katayama po kąpielach w jeziorze Kiwu

Natalia Wasielak, Małgorzata Sulima, Sebastian Borys,
Krystyna Witczak-Malinowska, Wojciech Wołyniec

Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej
w Gdyni

Wprowadzenie. Zmiany skórne, obok gorączek i biegunek, to najczęstsze objawy związane z chorobami tropikalnymi zawlekanymi do Polski. Niekiedy mało specyficzne lub miernie nasilone – mogą być związane z inwazją pasożytniczą i być objawem ciężkiego zakażenia. Zwiększająca się częstość eg-

zotycznych wyjazdów powoduje, że w przypadku wystąpienia nietypowych zmian skórnych warto rozszerzyć zbieranie wywiadu o pytanie dotyczące pobytu w krajach tropikalnych.

Cel pracy. Przedstawienie wczesnej manifestacji jednej z najczęstszych chorób tropikalnych.

Opis przypadku. Mężczyzna 37-letni został przyjęty do szpitala z powodu nawracających stanów gorączkowych, napadowego kaszlu i okresowo występujących zmian skórnych o typie pokrzywki i wędrujących obrzęków zlokalizowanych głównie na twarzy. Dwa miesiące wcześniej odbył 2-tygodniową podróż do Etiopii i Rwandy. W trakcie wyjazdu stosował profilaktykę przeciwmalaryczną. W wywiadzie podawał ponadto krótką, 30-minutową kąpiel w jeziorze Kiwu. W badaniach laboratoryjnych przy przyjęciu zwracała uwagę eozynofilia 4,01 G/l, przy prawidłowym IgE 45,88 IU/ml. W badaniach obrazowych stwierdzono wzmoczony rysunek naczyń w RTG klatki piersiowej oraz obniżoną frakcję wyrzutową lewej komory w badaniu echokardiograficznym. Po wykluczeniu malarii rozszerzono diagnostykę w kierunku wybranych chorób pasożytniczych. Podejrzanie ostrej schistosomozy zostało potwierdzone badaniami serologicznymi. W leczeniu zastosowano prazykwantel w osłonie z glikokortykosteroidów.

Wnioski. Zespół Katayama jest wczesną manifestacją schistosomatozy i pojawia się po 14–84 dniach od zakażenia. Ze względu na swój przemijający charakter i niespecyficzne objawy często jest nierozpoznany. Nieleczona choroba prowadzi do trwałych następstw, w tym do niewydolności nerek i raka pęcherza moczowego. Do zakażenia dochodzi w trakcie kontaktu ze słodką wodą zawierającą cerkarie. Opisywany pacjent pływał w afrykańskim jeziorze Kiwu, dwaj inni uczestnicy kąpeli także ulegli zakażeniu.

Łysienie plackowate leczone laserem frakcyjnym CO₂ – prezentacja dwóch przypadków

Paweł Piłat¹, Magdalena Raszewska-Famielec¹,
Joanna Pucufa², Adam Borzęcki³

¹NZOZ Med-Laser w Lublinie

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

³Wydział Turystyki i Zdrowia, Zakład Kosmetologii Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie, filia Biała Podlaska

Wprowadzenie. Łysienie plackowate jest częstą chorobą młodych ludzi. Jej przyczyna nie jest do

końca poznana, dużą rolę w jej powstawaniu odgrywa czynnik autoimmunologiczny i psychiczny. W wytycznych Brytyjskiego Towarzystwa Dermatologicznego z 2012 roku nie ma lasera frakcyjnego CO₂ jako metody leczenia.

Cel pracy. Prezentacja zastosowania lasera frakcyjnego CO₂ w leczeniu łysienia plackowatego.

Opis przypadku. Praca przedstawia leczenie kobiety i mężczyzny z łysieniem plackowatym z wykorzystaniem lasera frakcyjnego CO₂.

Wnioski. Laser frakcyjny CO₂ jest dobrą metodą leczenia zmian skórnych powstałych w przebiegu łysienia plackowatego i stanowi alternatywę dla dotychczas stosowanych terapii. Prowadzi do wyleczenia choroby.

Rzadki przypadek ziarniniaka grzybiastego o agresywnym przebiegu

Joanna Przepiórka-Kosińska, Joanna Bartosińska,
Grażyna Chodorowska, Dorota Krasowska

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

Wprowadzenie. Ziarniniak grzybiasty jest najczęstszym chłoniakiem pierwotnie skórnym o niskiej złośliwości, wywodzącym się z obwodowych komórek T. Przebieg choroby zwykle jest wieloletni, znane są jednak przypadki o znacznie bardziej dynamicznym rozwoju.

Cel pracy. Przedstawienie rzadkiego przypadku ziarniniaka grzybiastego o szybkim rozwoju, prowadzącym w ciągu 2 lat do stadium guzowatego z rozpadem.

Opis przypadku. Pacjent 62-letni zgłosił się do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej w lutym 2014 roku z powodu występujących od 2 miesięcy zmian rumieniowo-obrzękowo-naciekowych z tendencją do układu obrączkowatego. W badaniu histopatologicznym wycinka skóry stwierdzono masywny nacieki limfocytarny w skórze, epidermotropizm, w badaniu immunohistochemicznym CD3(+++), CD20(-). Rozpoczęto leczenie metodą PUVA oraz miejscowymi glikokortykosteroidami. Od lipca 2014 roku pacjent zaprzestał leczenia i nie zgłaszał się na wizyty kontrolne. Ponownie w marcu 2015 roku zgłosił się do Kliniki ze zmianami rumieniowo-naciekowymi oraz z bardzo licznymi guzami z nasilonym rozpadem. Badanie histopatologiczne pobranego wówczas wycinka skóry potwierdziło wcześniejsze rozpoznanie ziarniniaka grzybia-

stego (CD3(+), CD20 ogniskowo(+)). Po wykonaniu wielu badań laboratoryjnych i obrazowych stwierdzono uogólnienie procesu chorobowego. Pacjenta przeniesiono do Kliniki Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku, gdzie rozpoczęto chemioterapię. Po drugim cyklu CHOP pacjent powrócił w ciężkim stanie ogólnym, z objawami supresji szpiku oraz z narastającą niewydolnością serca i nerek. Pomimo włączonego w Klinice leczenia (G-CSF, KKP, KKCz, antybiotykoterapia) stan ogólny chorego się pogarszał. Pacjenta przeniesiono na Oddział Intensywnej Terapii SPSK nr 1, gdzie nastąpiło zatrzymanie krążenia w mechanizmie asystolii.

Wnioski. Należy zwrócić uwagę na możliwość agresywnego rozwoju ziarniniaka grzybiastego o krótkim przebiegu od wczesnego stadium rumieniowo-obrzękowego do późnego stadium guzowatego z rozpadem.

się otrzymano wynik badania histopatologicznego sugerujący amelanotycznego czerniaka. W kolejnej biopsji otrzymano rozpoznanie – chłoniak pierwotnie skórny z dużych komórek o immunofenotypie LCA+, CD30+, S-100-. Chorego skierowano do Kliniki Hematologii Śląskiego Centrum Onkologii w Kielcach. Poszerzono diagnostykę, potwierdzając wstępne rozpoznanie PC-ALCL ALK-. Włączono leczenie metotreksatem w dawce 30 mg/tydzień z początkowym zmniejszaniem się owrzodzeń, ale ze względu na brak remisji po niespełna 3 miesiącach leczenia zdecydowano o zmianie terapii onkologicznej – wdrożono chemioterapię wg schematu CHOP.

Wnioski. Typowy dla danej jednostki chorobowej obraz kliniczny, ale brak efektu po leczeniu celowanym zmuszają do wnikliwej diagnostyki rzutującej na dalsze postępowanie terapeutyczne i rokowanie.

Anaplastyczny olbrzymiokomórkowy pierwotny chłoniak skóry CD30+ ALK– (PC-ALCL) imitujący piodermię zgorzelinową

Justyna Łosiak, Beata Kręcisz, Elżbieta Kłuszo, Sylwia Cyran-Stemplewska

Klinika Dermatologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach

Wprowadzenie. PC-ALCL to rzadki chłoniak T-komórkowy charakteryzujący się w większości przypadków pojedynczą zmianą guzkową z tendencją w 25% do spontanicznej regresji. Tylko u 20% pacjentów opisywano mnogie, szybko szerzące się zmiany wymagające chemioterapii.

Cel pracy. Prezentujemy przypadek 58-letniego chorego hospitalizowanego w Klinice Dermatologii w Kielcach z powodu agresywnego PC-ALCL o obrazie klinicznym piodermii zgorzelinowej sprawiającego trudności diagnostyczne oraz o szybkim, niereagującym na standardowe leczenie przebiegu.

Opis przypadku. Chory, lat 58, został przyjęty do Kliniki w marcu 2015 roku z powodu licznych zmian o obrazie klinicznym piodermii zgorzelinowej. Owrzodzenia zlokalizowane były na podudziu lewym w obrębie blizny po oparzeniu płynnym żelazem (1995 rok). Punktem wyjścia były guzki, które ulegały rozpadowi, tworząc szybko powiększające się owrzodzenia od września 2014 roku. Wdrożono leczenie cyklosporyną oraz prednizonem, w tym cza-

Bartoneloza, postać skórna – opis przypadku

Magdalena Nosek, Beata Kręcisz, Małgorzata Słowik-Rylska

Klinika Dermatologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach

Wprowadzenie. Bartoneloza jest chorobą odzwierzęcą, wywołaną przez bakterie z rodzaju *Bartonella* spp. należące do rzędu *Rickettsiales*. Bakterie te są małymi, tlenowymi, pleomorficznymi pałeczkami Gram-ujemnymi. Szczególnie podatne na zakażenia są osoby z obniżoną odpornością, jednak do zakażenia może dojść również u osób w pełni immunokompetentnych. Rezerwuarem tych drobnoustrojów są: człowiek, psy, koty, gryzonie oraz jelenie. Bakterie przenoszone są przez kleszcze, pchły i wszy, które żywią się krwią zakażonych ssaków.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku 83-letniej pacjentki, u której rozpoznano bardzo rzadką postać bartonelozy skórnej.

Opis przypadku. Pacjentka przez 4 miesiące była leczona klobetazolem z powodu zmian wypryskowych przedramion, w tym czasie pojawiły się zmiany skórne w postaci grudek oraz krost na podłożu rumieniowym, ograniczonych do powierzchni zgięciowych obu przedramion bez towarzyszącej limfadenopatii. Dodatkowo po stosowanym leczeniu w obrębie zmian doszło do zaniku tkanki podskórnej. W obrazie histopatologicznym wycinka ze zmian stwierdzono proliferację małych naczyń w skórze właściwej, nacieki neutrofilowe z towarzyszącymi elementami obumarłych bakterii *Bartonella*.

W badaniach serologicznych i w badaniu PCR nie potwierdzono obecności zakażenia. Na podstawie bardzo charakterystycznego obrazu histopatologicznego utrzymano rozpoznanie bartonelozy. Zastosowano antybiotykoterapię ogólną ciprofloksacyną, po której zmiany skórne uległy redukcji.

Wnioski. Prezentujemy powyższy przypadek ze względu na nietypowy przebieg kliniczny zmian, trudności diagnostyczne oraz rzadkość występowania tej postaci zakażenia.

Necrobiotic xanthogranuloma w przebiegu zespołu mielodysplastycznego

Dominika Panek¹, Michał Sobjanek¹,
Małgorzata Sokółowska-Wojdyło¹, Aleksandra Sejda²,
Roman Nowicki¹

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

²Katedra i Zakład Patomorfologii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Necrobiotic xanthogranuloma (NX) jest niezwykle rzadko występującą dermatozą zaliczaną do histocytoz niewywodzących się z komórek Langerhansa. Schorzenie objawia się występowaniem czerwono-żółtych naciekowych blaszek z tendencją do zaniku, owrzodzeń lub bliznowacenia. Najczęściej zajęta jest skóra okolicy okołoooczodołowej. W obrazie histopatologicznym obserwuje się odczyn ziarniniakowy, wielojądrzaste komórki olbrzymie oraz komórki Toutona. Schorzeniu towarzyszy zazwyczaj paraproteinemia (najczęściej gammapatia IgG). Z klinicznego punktu widzenia istotny jest związek NX ze schorzeniami limfoproliferacyjnymi. Opisano występowanie NX w przebiegu szpiczaka mnogiego, ziarnicy złośliwej, białaczek, makroglobulinemii Waldenströma. Jedynie jedno doniesienie dotyczy asocjacji *xanthogranuloma* (natomiast nie *necrobiotic xanthogranuloma*) z zespołem mielodysplastycznym. Przedstawiamy przypadek 60-letniego mężczyzny cierpiącego na zespół mielodysplastyczny, u którego rozpoznano NX z tendencją do bliznowacenia okolicy okołoooczodołowej. Zmiany skutecznie leczono doogniskowo podawanym triamcinolonem.

Świerzbiączka guzkowa jako pierwszy objaw zakażenia HIV

Dominik Samotij, Justyna Szczęch, Adam Reich

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

Wprowadzenie. Świerzbiączka guzkowa (*prurigo nodularis* – PN) jest przewlekłym schorzeniem, które charakteryzuje się powstawaniem zmian guzkowych. Etiologia PN pozostaje nieznana. W ostatnich latach wzrosła jednak liczba doniesień dotyczących współwystępowania PN ze schorzeniami układowymi. Rozważa się również jej podłoże infekcyjne. Wśród coraz częściej wymienianych czynników zakaźnych związanych z tą dermatozą znajduje się HIV.

Cel pracy. Zwiększenie wśród dermatologów świadomości częstego współwystępowania infekcji HIV i PN może pozwolić na szybsze rozpoznanie ewentualnego zakażenia oraz wdrożenie jego adekwatnego leczenia.

Opis przypadku. Mężczyzna w wieku 43 lat został przyjęty do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w celu leczenia PN. Podczas hospitalizacji u pacjenta obserwowano rozsiane guzki, nadżerki i przeczony umiejscowione na kończynach. Podczas badania przedmiotowego stwierdzono dodatkowo obecność luźno przylegającego do podłoża białawego nalotu na błonach śluzowych jamy ustnej i języka, którego bezpośrednie badanie mikroskopowe potwierdziło klinicznie podejrzewaną drożdżycę. W badaniach laboratoryjnych zwracała uwagę łagodna pancytopenia z limfopenią. Ze względu na obecność kandydazy błony śluzowej jamy ustnej i opisanych zaburzeń hematologicznych wykonano badanie na obecność HIV, którego wynik był dodatni. Liczba komórek CD4+ we krwi obwodowej wynosiła 140/mm³, co pozwoliło na wstępne rozpoznanie AIDS. Pacjent został skierowany na oddział chorób zakaźnych w celu dalszej diagnostyki i terapii zakażenia.

Wnioski. W kontekście opisanego przypadku i doniesień piśmiennictwa ostatnich lat wydaje się celowe, aby u pacjentów z PN wykluczyć zakażenie HIV. Dotyczy to w szczególności tych chorych, u których stwierdza się inne objawy i nieprawidłowości w badaniach dodatkowych wskazujące na współistniejącą immunosupresję.

Ziarniniak basenowy – opis przypadku

Dagmara Graczyk, Ilona Kura, Grażyna Wąsik

Szpital Wojewódzki w Opolu

Wprowadzenie. Ziarniniak akwariowy i basenowy (ang. *fish tank and swimming pool granuloma*) jest rzadką chorobą wywołaną przez atypowy prątek *Mycobacterium marinum*. Do infekcji dochodzi przez kontakt zakażonej wody z uszkodzoną skórą.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku 36-letniego mężczyzny z ziarniniakiem akwariowym.

Opis przypadku. Pacjent został skierowany na Oddział Dermatologii Szpitala Wojewódzkiego w Opolu w celu diagnostyki i terapii zmian guzkowych zlokalizowanych na kończynie górnej prawej. Początkowo zmiany były ograniczone do palca III ręki prawej. Wykwity guzkowe szybko uległy progresji na okolicę prawej dłoni i prawego przedramienia. W wycinku skórnym pobranym do badania histopatologicznego stwierdzono cechy ziarniniaka. W posiewie wymazu z rany w kierunku mykobakterii wyhodowano prątki kwasooporne. Identyfikacja szczepu nastąpiła metodą chromatograficzną. W leczeniu początkowo zastosowano sulfametoksazol i trimetoprim. W związku z brakiem poprawy włączono terapię rifampicyną i etambutolem. Kurację stosowano przez kilka miesięcy, co dało remisję zmian skórnych.

Wnioski. Przypadek zaprezentowano ze względu na rzadkie występowanie ziarniniaka basenowego.

biegającego bez zmian nadżerkowych i z towarzyszącym obrzękiem okolicy oczodołowej.

Opis przypadku. Mężczyzna 67-letni został przyjęty do Kliniki Dermatologii w celu diagnostyki i leczenia licznych krost zlokalizowanych na owłosionej skórze głowy z towarzyszącym obustronnym obrzękiem okolicy okołoczodołowej i czołowej. Pierwsze zmiany skórne pojawiły się około miesiąca wcześniej, natomiast obrzęk okolicy okołoczodołowej wystąpił około 24 godzin przed hospitalizacją. Pacjent nie wiązał pojawienia się zmian skórnych z określonym czynnikiem wywołującym. Przedmiotowo przy przyjęciu u pacjenta obserwowano liczne krosty, częściowo zlewające się w większe ogniska, wypełnione treścią ropną, o dość dobrze napiętej pokrywie. Nie obserwowano zmian nadżerkowych. Zmianom towarzyszył obustronny obrzęk okolicy oczodołowej. W celu diagnostyki u pacjenta wykonano szereg badań dodatkowych, takich jak badanie histopatologiczne i bezpośrednie badanie immunofluorescencyjne wycinka ze zmian skórnych, badanie bakteriologiczne i mikologiczne. W leczeniu zastosowano początkowo amoksyliny dożylnie, a następnie tetracyklinę oraz dapson. Uzyskano znaczną poprawę stanu skóry i ustąpienie obrzęku okolicy oczodołowej.

Wnioski. Krostkowe nadżerkowe zapalenie skóry głowy to dermatoma, która występuje głównie u osób starszych. W piśmiennictwie są opisywane różne jej warianty oraz jej występowanie również u osób w wieku średnim, niezależnie od płci. Krostkowe zapalenie skóry głowy z towarzyszącym obrzękiem okolicy oczodołowej nie było do tej pory opisywane w literaturze.

Krostkowe zapalenie skóry głowy z towarzyszącym obrzękiem okolicy oczodołowej – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa

Aleksandra Batycka-Baran, Justyna Szczęch, Adam Reich

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

Wprowadzenie. Nadżerkowe krostkowe zapalenie skóry głowy to rzadka dermatoma o przewlekłym i nawrotowym przebiegu, występująca głównie u osób starszych, częściej u kobiet. Charakteryzuje się obecnością sterylnych krost i może być wywołana przez czynniki prowokujące, takie jak uraz, ekspozycja na promieniowanie słoneczne, półpasiec.

Cel pracy. Przedstawienie nowego wariantu nadżerkowego krostkowego zapalenia skóry głowy, prze-

Ciężka martwica tkanki podskórnej oraz głębokie, twardzinopodobne zmiany skórne powstałe w wyniku wielokrotnych iniekcji domięśniowych oleju roślinnego

Magdalena Bencal-Kusińska¹, Marcin Zawadzki², Karolina Mędrak¹, Jacek Szepietowski¹, Adam Reich¹

¹Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

²Zakład Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. W piśmiennictwie są doniesienia o ciężkich powikłaniach po domięśniowych iniekcjach Syntholu, oleju parafinowego, arachidowe-

go i sezamowego stosowanych przez kulturystów w celu powiększenia masy mięśniowej. Powikłaniami tych procedur mogą być zwłóknienie, zniekształcenie, owrzodzenia oraz zakażenia.

Cel pracy. Zwrócenie uwagi na ciężkie powikłania iniekcji domięśniowych substancji oleistych u kulturystów.

Opis przypadku. Mężczyzna 24-letni został przyjęty do Kliniki Dermatologii w celu leczenia rozległych, głębokich i bolesnych owrzodzeń zlokalizowanych na lewym ramieniu. Pierwsze zmiany pojawiły się 3 miesiące wcześniej. Dodatkowo w badaniu fizykalnym stwierdzono rozlane stwardnienie skóry i tkanki podskórnej kończyn górnych, klatki piersiowej oraz brzucha, a także deformację wymienionych okolic. Biopsja z okolicy piersiowej wykazała rozproszony naciek zapalny złożony z komórek wielojądrowych typu ciała obcego. Dzięki diagnostyce obrazowej (USG brzucha i klatki piersiowej, tomografia komputerowa brzucha) stwierdzono liczne zbiorniki płynu, obszary hipoechogenne oraz masywny naciek zapalny w tkance podskórnej i mięśniach. Wysunięto podejrzenie, że zmiany są wynikiem wprowadzania podskórnie substancji obcej, czemu pacjent zaprzeczał, choć przyznawał się do podawania sobie 2 lata wcześniej testosteronu. Wykonano biopsję aspiracyjną ze zmiany torbielowatej okolicy piersiowej lewej i otrzymano półpłynną treść, którą wysłano do analizy w Zakładzie Medycyny Sądowej. Metodą chromatografii gazowej i spektrometrii masowej (GS/MS) w materiale stwierdzono składniki oleju roślinnego. Po otrzymaniu wyników pacjent ostatecznie przyznał się do wykonywania wstrzyknięć oleju spożywczego w mięśnie ramion, klatki piersiowej i brzucha w celu powiększenia ich rozmiarów.

Wnioski. Przedstawiamy przypadek ciężkiej martwicy tkanek wywołanej przez wielokrotne domięśniowe wstrzyknięcia oleju roślinnego, stosowanego jako tańszy odpowiednik Syntholu, w celu powiększenia objętości mięśni.

Przerzuty raka gruczołu sutkowego do skóry imitujące czerniaka

Patrycja Wiślińska, Monika Słowińska,
Magdalena Jasińska, Małgorzata Kwiatkowska,
Justyna Sicińska, Elżbieta Szymańska, Irena Walecka

Klinika Dermatologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW
w Warszawie

Cel pracy. Przedstawienie opisu przypadku przerzutów raka gruczołu sutkowego do skóry imitujących czerniaka.

Opis przypadku. Pacjentka 43-letnia po chirurgicznym leczeniu raka gruczołu sutkowego w 2004 roku z następczą rekonstrukcją sutka została przyjęta do Kliniki Dermatologii z powodu zmiany barwnikowej zlokalizowanej poniżej blizny pooperacyjnej. W wywiadzie w 2013 roku stwierdzono palpacyjnie wyczuwalny guzek. W dwukrotnie wykonanym kontrolnym badaniu USG wykazano obraz odpowiadający zmianie zapalnej. Wykonano biopsję cienkoigłową potwierdzającą zapalny charakter zmiany. W 2014 roku pacjentka zauważyła szerzącą się powierzchownie zmianę barwnikową na piersi prawej w rzucie opisywanego wcześniej guzka. W badaniu klinicznym stwierdzono zmianę barwnikową z owrzodzeniem w części centralnej z pojedynczymi zmianami satelitarnymi o nieregularnym kształcie. W dermoskopii wykryto asymetrię brzegów, koloru i struktur, polimorfizm naczyń, miejsca z biało-niebieskim welonem oraz owrzodzenie. W badaniu wideodermoskopowym dodatkowo uwidoczono liczne struktury prosakopodobne, neowaskularyzację, liczne kropki, obszary regresji na tle wielobarwnych obszarów bezstrukturalnych, ponadto na obrzeżach zmiany nie stwierdzono typowej siatki barwnikowej, smug gałązkowatych charakterystycznych dla czerniaka. W diagnostyce różnicowej uwzględniono czerniaka oraz przerzuty raka gruczołu sutkowego do skóry. Ze względu na duży rozmiar zmiany wykonano wstępną biopsję diagnostyczną pod kontrolą wideodermoskopii. Wynik badania histopatologicznego potwierdził naciekanie skóry przez raka przewodowego sutka.

Wnioski. Przedstawiony przypadek ilustruje kliniczne podobieństwo między przerzutowym rakiem sutka do skóry a czerniakiem i wynikającą z tego konieczność różnicowania zmian barwnikowych z uwzględnieniem przerzutów nowotworowych do skóry.

Obłęd pasożytniczy zaprezentowany na przykładzie dwóch pacjentek z Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii we Wrocławiu

Małgorzata Ponikowska, Dominik Samotij,
Karolina Mędrak, Alina Jankowska-Konsur

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

Wprowadzenie. Halucynozą pasożytnicza (obłęd pasożytniczy, zespół Ekboma) jest zaburzeniem psy-

chicznym (urojeniowym), jednak ściśle powiązany z dermatologią.

Opis przypadków. Przypadek 1: Pacjentka 66-letnia została przyjęta do Kliniki po raz pierwszy z podejrzeniem halucynozy pasożytniczej. Kobieta od pół roku była przekonana o obecności w swojej skórze pasożytów. Próbowала je usuwać ostrymi narzędziami, co prowadziło do licznych samookaleczeń. Przy przyjęciu chora pokazała słoik, w którym gromadziła resztki naskórka oraz rzekome pasożyty. Na jej skórze były obecne liczne blizny i strupy zajmujące twarz, dekolty, brzuch i kończyny. Wielomiejscowym badaniem nie stwierdzono obecności pasożytów. Na podstawie całości obrazu klinicznego oraz konsultacji psychiatrycznej ustalono rozpoznanie zespołu Ekbooma. Do leczenia włączono rysperydon (2 mg/dobę). Przypadek 2: Kobieta 62-letnia została przyjęta po raz pierwszy do Kliniki z podejrzeniem halucynozy pasożytniczej oraz z łuszczycą pospolitą. Z wywiadu: uczucie podskórnego mrowienia od lipca bieżącego roku – „Pod moją skórą są robaki, wydrapuję je, wypływa krew, potem żółty klej. Często je widzę”. Chora miała problemy z pamięcią. Wyniki badań laboratoryjnych wykazały podwyższone wartości enzymów wątrobowych (GGTP 952 U/l, AspAT/GOT 93 U/l), niedokrwistość oraz MCV 103 fl. U pacjentki rozpoznano obłąd pasożytniczy wywołany nadużywaniem alkoholu. Terapia: rysperydon w dawce 3 mg/dobę. U obu pacjentek stwierdzono brak krytycyzmu wobec treści wytwórczych oraz obsesyjne myślenie hipochondryczne. Kompulsywne działania polegające na usuwaniu drobnoustrojów prowadziły do samookaleczeń, co tylko umacniało pacjentki w przekonaniu o chorobie pasożytniczej.

Wnioski. Obłąd pasożytniczy jest chorobą dobrze reagującą na leki przeciwpsychotyczne, zwykle wybiera się te z grupy atypowych, najczęściej zastosowany u naszych pacjentek rysperydon. Należy pamiętać, że pacjenci poszukują pomocy właśnie u dermatologów, a nie psychiatrów ze względu na brak wglądu w swoją przypadłość.

Szpiczak plazmocytowy skóry – opis przypadku

Kaja Męcińska-Jundziłł, Urszula Adamska, Agnieszka Białecka, Rafał Czajkowski

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych
Drogą Płciową i Immunodermatologii
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wprowadzenie. Szpiczak mnogi charakteryzuje się klonalną proliferacją atypowych plazmocytołów w szpiku kostnym. Zmiany skórne w przebiegu tego nowotworu są zazwyczaj zlokalizowane w bezpośrednim sąsiedztwie ognisk pierwotnych. Ich rozwój świadczy przeważnie o wysokim stopniu zaawansowania klinicznego choroby i jest złym czynnikiem prognostycznym, gdyż większość pacjentów umiera w ciągu 12 miesięcy od ustalenia rozpoznania.

Cel pracy. Prezentacja rzadkiego przypadku *plasmacytoma* skóry.

Opis przypadku. Pacjent, lat 72, został przyjęty do Kliniki Dermatologii w celu diagnostyki zmian skórnych o charakterze guzów barwy sinoczerwonej zlokalizowanych na skórze gładkiej tułowia i kończyn oraz na skórze owłosionej głowy. Pacjent obciążony chorobami towarzyszącymi, takimi jak szpiczak plazmocytowy IgG typu κ , cukrzyca typu 2, dławica piersiowa, stan po angioplastyce wieńcowej, wrzodzące zapalenie jelita grubego, astma oskrzelowa, hipercholesterolemia. Szpiczak plazmocytowy rozpoznano w lipcu 2013 roku. Z tego powodu pacjent był pod stałą opieką hematologiczną i otrzymywał przez rok chemioterapię według schematu CTD (cyklofosfamid, talidomid, deksametazon). Z powodu progresji choroby był leczony bortezomibem w cyklach od grudnia 2014 roku do czerwca bieżącego roku. Od kwietnia bieżącego roku pacjent zaobserwował pojawianie się wyżej opisanych zmian skórnych. Na podstawie wywiadu i obrazu klinicznego wysunięto podejrzenie szpiczaka plazmocytołowego skóry. W celu weryfikacji rozpoznania usunięto w całości 3 guzy, które poddano ocenie histopatologicznej. Badanie histopatologiczne i immunohistochemiczne potwierdziły rozpoznanie zmian o charakterze *plasmacytoma*. Pacjenta zakwalifikowano do dalszego leczenia chemioterapeutycznego.

Wnioski. Zmiany skórne w przebiegu szpiczaka mnogiego są opisywane niezwykle rzadko i zazwyczaj pojawiają się w późnych okresach choroby. Pojawienie się zmian skórnych jest złym czynnikiem prognostycznym, a zastosowane leczenie przeważnie nie przynosi zadowalającego efektu terapeutycznego.

Nawracająca piodermia zgorzelinowa obu podudzi u mężczyzny chorującego na wrzodziejące zapalenie jelita grubego i zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa oraz leczonego metodą Ilizarowa z powodu pourazowego skrócenia kończyny dolnej prawej

Marta Węgrzyn, Monika Kapińska-Mrowiecka

Oddział Dermatologii Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie

Wprowadzenie. Piodermia zgorzelinowa (PG) to rzadka choroba neutrofilowa o nieznannej etiologii. Może wystąpić w każdym wieku, szczyt zachorowań przypada na wiek 40–60 lat. Częściej występuje u kobiet. Zazwyczaj towarzyszy zapalnym chorobom układowym, najczęściej zapaleniu stawów, jelit, a także zaburzeniom hematologicznym i nowotworem złośliwym.

Cel pracy. Przybliżenie powyższej jednostki chorobowej, która może przybierać różną postać kliniczną, oraz przedstawienie metod jej leczenia.

Opis przypadku. Prezentujemy przypadek 51-letniego mężczyzny, który zgłosił się na Oddział z powodu niegojących się owrzodzeń obu podudzi z bujającymi pęcherzami na obwodzie zmian. Zmiany lokalizowały się również w miejscu wnikania aparatu Ilizarowa do skóry (patergia charakterystyczna dla PG). Stwierdzono następujące choroby współistniejące: *colitis ulcerosa* (CU), zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, nadciśnienie tętnicze oraz pourazowe skrócenie kończyny dolnej prawej (aparat Ilizarowa). W badaniach laboratoryjnych wykonanych w trakcie hospitalizacji wykryto anemię z niedoboru żelaza. Po wykluczeniu przeciwwskazań do leczenia włączono cyklosporynę w dawce 300 mg/dobę i uzyskano poprawę stanu miejscowego. Po zakończonej hospitalizacji pacjent bez porozumienia z lekarzem przerwał leczenie immunosupresyjne, co spowodowało szybki nawrót zmian skórnych. Po kolejnym włączeniu leczenia podczas ambulatoryjnych wizyt kontrolnych ponownie obserwowano poprawę.

Wnioski. Przypadek zaprezentowano ze względu na rzadkie występowanie choroby. Brak jednoznacznych kryteriów rozpoznania i liczne jednostki chorobowe, z którymi trzeba różnicować PG, a także nawrotowy charakter sprawiają trudności diagnostyczne i lecznicze.

Czerniak skóry okolicy anogenitalnej

Adam Cichewicz, Rafał Czajkowski

Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Pciową i Immunodermatologii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wprowadzenie. Badanie przedmiotowe pacjenta stanowi zasadniczy element diagnostyki chorób skóry. Badanie powinno dotyczyć całej skóry (bez pominięcia miejsc trudno dostępnych) oraz błon śluzowych. Pominięcie w badaniu przedmiotowym okolicy anogenitalnej jest błędem diagnostycznym, który może prowadzić do utraty zdrowia lub nawet życia pacjenta.

Cel pracy. Zwrócenie uwagi, jak ważne jest właściwe badanie przedmiotowe pacjenta, szczególnie w odniesieniu do okolicy anogenitalnej, która może być miejscem rozwoju nowotworów skóry, w tym czerniaka.

Opis przypadku. Prezentujemy 56-letnią pacjentkę, która zgłosiła się do Poradni Przyklinicznej z powodu świądu odbytu. Wcześniej w warunkach ambulatoryjnych zalecano pacjentce preparaty do stosowania miejscowego bez przeprowadzenia oględzin tej okolicy. W wywiadzie pacjentka podawała, że od 5 miesięcy jest diagnozowana w Centrum Onkologii w Bydgoszczy z powodu limfadenopatii węzłów chłonnych wewnątrzbrzusznym okoloaortalnym. W trakcie badania u chorej stwierdzono brodawkujące guzy w okolicy okołodbytnicznej oraz uwidoczniło zmianę barwnikową wielkości 28 × 17 mm. Na podstawie obrazu klinicznego i dermoskopowego ustalono rozpoznanie czerniaka skóry. Usunięto zmianę w całości oraz pobrano biopsję z guzów okolicy analnej. Badanie histopatologiczne materiału potwierdziło rozpoznanie czerniaka skóry w fazie naciekania w okolicy anogenitalnej, natomiast w okolicy okołodbytnicznej rozpoznano kłykciny kończyste. Wykonano zabieg kriochirurgicznego usunięcia kłykcin kończystych i skierowano pacjentkę do Centrum Onkologii w celu dalszej diagnostyki i leczenia czerniaka.

Wnioski. Czerniak skóry okolicy anogenitalnej jest rzadkim schorzeniem. Jego późne rozpoznanie jest jednym z powodów dużej śmiertelności chorych z taką lokalizacją nowotworu. Pełne badanie dermatologiczne pacjentki z uwzględnieniem okolicy anogenitalnej na wcześniejszym etapie mogłoby przyspieszyć rozpoznanie i wdrożenie skutecznego leczenia.

Mycosis fungoides u pacjenta z łuszczycą leczonego biologicznie i z dwoma nowotworami w przeszłości

Andriy Petranyuk, Aneta Szczerkowska-Dobosz, Roman Nowicki, Małgorzata Sokołowska-Wojdyło

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Pacjent 44-letni chorujący na łuszczycę od 10 lat zgłosił się do Poradni Dermatologicznej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego (UCK) Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w celu diagnostyki i leczenia zmian naciekowych i guzowatych z rozpadem o nietypowej morfologii. Z wywiadu: w 2011 roku był leczony z powodu chłoniaka B-komórkowego DLBCL i w 2013 roku z powodu guza lewego jądra (w utkaniu guza utkanie embrionalne i *seminoma*). Z powodu łuszczycy pacjent był leczony metotreksatem (MTX), cyklosporyną A, adalimumbem oraz ustekinumabem. W trakcie chemioterapii powyższych nowotworów odstępowano od leczenia systemowego łuszczycy. W Poradni UCK (30.09.2014 r.) pobrano wycinek do badania histopatologicznego (całość nie jest jednoznaczna, może sugerować *mycosis fungoides*, nakazuje jednak (bardziej) uwzględnienie dermatozy z kręgu lichenoidalnych) i włączono MTX, gdyż klinicznie pacjent odpowiadał okresowi guzowatemu *mycosis fungoides* (MF), jednocześnie prezentując w części zmian obraz typowy dla łuszczycy. Nie stwierdzono żadnych zmian narządowych. Zmiany skórne uległy remisji, ale po 2,5 miesiąca zaobserwowano gwałtowne pogorszenie stanu miejscowego (wizyta 18.12.2014 r.) – wystąpiły ponownie owrzodzenia w obrębie zmian naciekowych. Rozważano zarówno możliwość rozwoju owrzodzeń jako rzadkiego działania niepożądanego MTX, jak i progresję choroby. W ponownie wykonanym badaniu histopatologicznym nie uzyskano jednoznacznej odpowiedzi, choć zasugerowano chłoniaka T-komórkowego – MF. Ponieważ odstępianie od terapii MTX i włączenie acytretyny nie skutkowało ustąpieniem owrzodzeń, po konsultacji onkologicznej zdecydowano o wdrożeniu radioterapii metodą tuszy RTG. Początkowo uzyskano bardzo zadowalającą remisję zmian, jednak z czasem zmian skórnych przybyło i pojawiły się nadżerki oraz owrzodzenia pokryte strupem. Pacjent jest naświetlany metodą fototerapii w miejscu zamieszkania i pozostaje pod obserwacją dermatologiczną. Pobrano kolejny wycinek do badania histopatologicznego, gdyż zaplanowano kolejną konsultację onkologiczną z rozważeniem terapii beksarotenem.

Znamiona naskórkowe linijne – efekty leczenia przy zastosowaniu lasera CO₂

Beata Strus-Rosińska¹, Daria Przybylska¹, Agnieszka Borzęcka-Sapko², Adam Borzęcki¹

¹Oddział Dermatologiczny Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Med-Laser w Lublinie

²Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wprowadzenie. Linijne znamię naskórkowe to wrodzona malformacja charakteryzująca się linijnym, często jednostronnym układem. Zmiany lokalizują się wzdłuż linii Blaschko, są obecne przy urodzeniu lub pojawiają się we wczesnym dzieciństwie. Mogą być pojedyncze lub mnogie, o barwie różnicowanej, od koloru skóry aż po ciemny brąz. Utrzymują się przez całe życie i stanowią istotny defekt kosmetyczny.

Cel pracy. Prezentacja rezultatów leczenia laserem CO₂ rozległych znamion linijnych brodawkujących.

Opis przypadku. Podczas wystąpienia zostaną przedstawione trzy przypadki kliniczne znamion naskórkowych leczonych laserem CO₂. U pacjentki brodawkujące ciemnobrązowe wykwitły skórne obserwowano w okolicy szyjnej. W przypadku pacjentów zmiany były umiejscowione w okolicy karkowej i łopatkowej lewej. Przeprowadzono etapowo usunięcie znamion poprzez ich cięcie i odparowanie przy użyciu lasera CO₂. Osiągnięto bardzo dobre efekty terapeutyczne.

Wnioski. Leczenie laserem CO₂ jest metodą z wyboru usuwania rozległych znamion naskórkowych. Cechuje ją duża skuteczność oraz bezpieczeństwo stosowania.

Ziarniniak obrączkowy rozsiały – prezentacja przypadku

Karolina Mohr, Katarzyna Chyl-Surdacka, Agnieszka Gerkowicz, Maria Juszkiewicz-Borowiec, Grażyna Chodorowska, Dorota Krasowska

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wprowadzenie. Ziarniniak obrączkowy (*granuloma annulare*) jest przewlekłą chorobą skóry, której etiologia nie została do końca poznana. W obrazie klinicznym obserwuje się twarde grudki grupujące

się w wykwyty obrączkowate lub o układzie rozsiannym. Przebieg choroby jest trudny do przewidzenia. Możliwe jest samoistne cofanie się zmian, zwłaszcza w postaci ograniczonej.

Cel pracy. Prezentacja przypadku pacjenta z postacią uogólnioną ziarniniaka obrączkowatego.

Opis przypadku. Do Kliniki Dermatologii w Lublinie zgłosił się 67-letni chory z licznymi rozsiannymi grudkami, miejscami o układzie obrączkowatym w obrębie skóry ramion i pleców. Dotychczas zmiany były leczone jako alergiczne zapalenie skóry lekami przeciwhistaminowymi, bez zadowalającego efektu. Wykonano badania laboratoryjne, badania obrazowe oraz pobrano biopsję skóry do badania histopatologicznego. Na podstawie obrazu klinicznego oraz wykonanych badań rozpoznano ziarniniaka obrączkowatego. Do leczenia włączono maści kortykosteroidowe, a na wybrane ogniska zastosowano krioterapię chlorkiem etylu. Dodatkowo zastosowano fototerapię UVB 311 nm, dzięki czemu uzyskano dobry efekt kliniczny i cofanie się zmian.

Wnioski. Ziarniniak obrączkowaty jest chorobą spotykaną w codziennej praktyce dermatologicznej zarówno u dorosłych, jak i u dzieci, najczęściej jako postać ograniczona. Postać uogólniona choroby jest znacznie rzadsza i często związana ze współistniejącymi chorobami ogólnymi. U prezentowanego pacjenta pomimo wykonania licznych badań diagnostycznych nie stwierdzono objawów współistniejących chorób. Ze względu na możliwy charakter objawowy postaci uogólnionej pacjent pozostaje nadal pod obserwacją.

Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry

Karolina Antoniewicz, Małgorzata Sokołowska-Wojdyło, Roman Nowicki

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Pacjentka 45-letnia zgłosiła się do Kliniki Dermatologii z powodu ostrej reakcji obrzękowej skóry głowy, powiek oka lewego, obrzęku małżowiny usznej i okolicy zausznej lewej. W wywiadzie – obrzęk i zmiany rumieniowe wystąpiły po zastosowaniu farby do włosów (kolor czarny bez) w warunkach domowych. Po kilku dniach od zastosowania farby wystąpiły zlewne zmiany rumieniowo-obrzękowe skóry głowy, obrzęk powiek oka lewego oraz zmiany rumieniowe na skórze kończyn górnych i dolnych, a także karku i szyi. W wywiadzie pacjentka choruje na depresję (w chwili obecnej bez leczenia). Przy przyjęciu do Kliniki stwierdzono na owłosionej skórze głowy ogniska rumie-

niowe z obecnym obfitym wysiękiem surowiczym, obrzęk powiek oka lewego, szpara powiekowa była niewidoczna, a na skórze małżowiny usznej lewej obecne pęcherzyki wypełnione treścią surowiczo-ropną, na skórze szyi i tułowia grudki pokryte strupem. W wykonanych badaniach nie stwierdzono żadnych odchyień od normy. Włączono leczenie farmakologiczne: Dexaven, Hydroxyzyna, Encorton, Polprazol, Dicortineff, Augmentin, okłady z taniny, Octenisept, Dexapocort N, sól fizjologiczna.

Choroba Bowena moszny u pacjenta z wieloletnią łuszczycą – opis przypadku

Anna Kułakowska

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

Choroba Bowena, histologicznie charakteryzowana jako neoplazja śródnaślónkowa dużego stopnia, jest synonimem raka przedinwazyjnego skóry. Ze względu na kliniczne podobieństwo do ogniska chorobowego łuszczycy u pacjentów chorujących na tę chorobę może stwarzać trudności diagnostyczne i być przyczyną zbyt późnego jej rozpoznania, niekiedy na etapie transformacji w postać inwazyjną raka. Pacjenci chorujący na łuszczycę leczeni fotochemioterapią, a także wymagający wieloletniej terapii preparatami o działaniu immunosupresyjnym są zaliczani do grupy zwiększonego ryzyka wystąpienia choroby Bowena, jak również transformacji w postać inwazyjną raka. W pracy przedstawiono przypadek zdiagnozowanej i leczonej choroby Bowena o lokalizacji w obrębie skóry moszny u chorego z wieloletnią łuszczycą.

Twardzina ograniczona skórna wyindukowana radioterapią – opis przypadku

Magdalena Putra-Szczepaniak,
Anita Hryncewicz-Gwóźdź

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Twardzina ograniczona skórna (*morphea*) jest rzadkim powikłaniem radioterapii,

występującym u 1 : 500 pacjentów. Większość opisywanych przypadków ma związek z rakiem piersi. W diagnostyce różnicowej należy brać pod uwagę zwłóknienie skóry wywołane radioterapią, a także rzadko obserwowaną postać rozsiewu choroby nowotworowej – rak w pancerzu. Patogeneza twardziny skórnej wyindukowanej promieniami Roentgena nie jest do końca poznana. Jedną z hipotez zakłada, że radioterapia pobudza antygeny, które stymulują wydzielanie czynnika wzrostu TGF- β , który z kolei silnie pobudza fibroblasty, syntezę kolagenu i proces nadmiernego włóknienia. Metody leczenia są takie, jakie stosuje się w *morphea*: antybiotykoterapia, glikokortykosteroidy stosowane miejscowo, ogólnie lub w formie iniekcji doogniskowych, a także metotreksat.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku chorej, u której rozwinęła się twardzina ograniczona wyindukowana radioterapią zastosowaną z powodu raka piersi.

Opis przypadku. Pacjentka 76-letnia przeszła mastektomię i radiochemioterapię z powodu raka piersi lewej. Po 10 latach chora zaobserwowała ognisko stwardnienia skóry o zabarwieniu woskowym z rumieniową otoczką zlokalizowane w miejscu poddanym wcześniej radioterapii. Stopniowo zmiana chorobowa powiększała się i objęła również inne obszary skóry. Nie stwierdzono obecności przeciwciał przeciwjądrowych. Na podstawie badania histopatologicznego i immunohistochemicznego wykluczono u pacjentki wznowę nowotworu. Ze względu na przebieg choroby, obraz kliniczny, histopatologiczny oraz brak komórek nowotworowych w badaniach bioptatów ze zmienionej twardzinowo skóry rozpoznano twardzinę ograniczoną skórną.

Wnioski. Prezentowany przypadek jest przykładem wystąpienia twardziny ograniczonej skórnej wyindukowanej radioterapią. Zwracamy uwagę na celowość różnicowania *morphea* wywołanej przez RTG z rzadką postacią rozsiewu choroby nowotworowej – rak w pancerzu.

ogólnej. W szczególności wzrasta częstość infekcji pochwy wywołanych przez *Candida. Macmiror complex* zawiera dwie substancje czynne: nifuratel i nystatynę, i jest skuteczny w praktyce ginekologicznej ze względu na szerokie spektrum działania przeciwbakteryjnego, przeciwgrzybiczego i na rzęsiśka pochwowego. Według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego jest lekiem z wyboru w stanach zapalnych pochwy, również u kobiet w ciąży. Istnieją jednak pojedyncze doniesienia w piśmiennictwie o ciężkich przypadkach wyprysku kontaktowego, występującego zazwyczaj już po kilku dniach pierwszorazowego zastosowania dopochwowo preparatu z nifuratelem.

Opis przypadku. Kobieta 31-letnia w 29. tygodniu ciąży bliźniaczej została przyjęta do Kliniki z powodu rozległych zmian rumieniowo-obrzękowych z licznymi dużymi pęcherzami surowiczymi, nadżerkami i strupami okolicy anogenitalnej, które pojawiły się 5 dni po pierwszorazowym zastosowaniu globulek dopochwowych *Macmiror complex 500*. Zmianom towarzyszył świąd i duża bolesność utrudniająca chodzenie. Rozsiane, monetowate ogniska rumieniowo-obrzękowe występowały także w okolicy pępka i sutków. Ze względu na podobieństwo kliniczne wykluczono chorobę pęcherzową na podstawie ujemnych badań immunologicznych oraz badania histopatologicznego, w którym potwierdzono zmiany o charakterze wyprysku. W leczeniu zastosowano glikokortykosteroidy dożylnie, leki przeciwhistaminowe i leczenie miejscowe z dobrym efektem terapeutycznym.

Wnioski. Cięża w znacznym stopniu ogranicza opcje terapeutyczne. Prezentowany przypadek sugeruje, że pomimo szerokiego spektrum działania i dużej skuteczności preparatów z nifuratelem należy je ostrożnie stosować u kobiet w ciąży ze względu na sporadyczne ciężkie reakcje alergiczne już przy pierwszej kuracji.

Polekowy wyprysk kontaktowy okolicy anogenitalnej z wtórną alergizacją u kobiety w ciąży – opis przypadku

Magdalena Putra-Szczepaniak, Piotr Nockowski

Klinika Dermatologii i Wenerologii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Choroby skóry i błon śluzowych u kobiet w ciąży charakteryzują się odmienną specyfiką i częstością występowania niż w populacji

Ocena potencjału uczulającego lub drażniącego składników kosmetyków w sytuacji wprowadzonego zakazu testów na zwierzętach

Jadwiga Kalicińska, Radosław Śpiewak

Zakład Dermatologii Doświadczalnej i Kosmetologii
Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

Wprowadzenie. Alergia na kosmetyki dotyka coraz większej liczby osób. U około 25% kobiet oraz

18% mężczyzn odnotowano w testach płatkowych przynajmniej jeden dodatni odczyn na składniki kosmetyków. Już 13–60% kobiet oraz 5–40% mężczyzn doświadczyło lub doświadcza niepożądanych reakcji wywołanych stosowaniem kosmetyków (Warshaw i wsp. 2009; Thyssen i wsp. 2009).

Cel pracy. Przegląd systematyczny dostępnych aktualnie metod *in vitro* oraz analiza zgodności wyników poszczególnych metod oceny bezpieczeństwa składników kosmetyków z historycznymi wynikami badań ich potencjału uczulającego na ludziach i zwierzętach.

Materiał i metodyka. Systematyczny przegląd literatury dostępnej w bazach bibliograficznych (np. PubMed, Embase, Scopus, Google Scholar, wykorzystanie bazy CosmetLex oraz przegląd regulacji prawnych UE), a także cytowanej w zidentyfikowanych artykułach. Tabełaryczne opracowanie danych dotyczących potencjału uczulającego poszczególnych substancji. Wybór optymalnej metody oceny zgodności między wynikami testów *in vitro* a wynikami badań na zwierzętach i u ludzi.

Wyniki. Na podstawie uzyskanych danych powstanie niezależne od producentów kosmetyków systematyczne zestawienie metod oceny bezpieczeństwa składników kosmetyków *in vitro*, a także katalog danych na temat potencjału uczulającego składników kosmetyków. Zostaną ponadto zaproponowane metody, a także kryteria wyboru metody *in vitro* najlepiej oceniającej ryzyko dla konsumentów oraz opracowana niezależna lista składników o szczególnie wysokim ryzyku uczulenia konsumentów.

Wnioski. Uzyskane dane posłużą zwiększeniu bezpieczeństwa stosowania kosmetyków, a tym samym bezpieczeństwa konsumentów.

Twardzina układowa powodująca przewlekły załupkę prąca

Małgorzata Kwiatkowska, Agnieszka Bańka-Wrona, Magdalena Kędzińska, Elżbieta Szymańska, Irena Walecka

Klinika Dermatologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie

Wprowadzenie. Twardzina układowa jest chorobą przewlekłą postępującą, charakteryzującą się stwardnieniem dystalnych części skóry oraz zajęciem narządów wewnętrznych.

Cel pracy. Przedstawienie opisu pacjenta, u którego gwałtownie postępująca twardzina układowa doprowadziła do zajęcia prąca z wytworzeniem przewlekłego załupka.

Opis przypadku. Pacjent 60-letni został przyjęty do Kliniki z powodu znacznych, uogólnionych stwardnień skóry, które postępowywały od 9 miesięcy. Na podstawie obrazu klinicznego, wyników badań dodatkowych (obecne ANA), po wykluczeniu procesu rozrostowego rozpoznano twardzinę układową. Pacjent był leczony metotreksatem w dawce 15 mg/tydzień oraz prednizolonem w dawce 15 mg/dobę z mierną poprawą. W badaniu przedmiotowym 6 miesięcy po włączeniu leczenia stwardnienie skóry oceniano na 37 pkt w skali Rodnana, ponadto zaobserwowano pierścień zwłóknienia skóry prąca powodujący przewlekły załupkę. Chory nie zgłaszał dolegliwości dyzurycznych ani zatrzymywania moczu. Pacjent był konsultowany w Klinice Urologii, gdzie podjęto bezskuteczną próbę niechirurgicznego odprowadzenia załupka. W związku ze znacznym ryzykiem utrudnionego gojenia po ewentualnym zabiegu chirurgicznym zdecydowano o wdrożeniu terapii miejscowej klobetazolem. Do terapii ogólnej dołączono leczenie reologiczne sulodeksydem. Po miesiącu leczenia zaobserwowano zdecydowaną redukcję stwardnień w obrębie pierścienia prąca.

Wnioski. Twardzina układowa jest chorobą obejmującą wiele narządów. Przedstawiony przypadek prezentuje nietypową lokalizację stwardnień skóry prowadzącą do rzadko spotykanych objawów.

Przypadek toksycznej nekrolizy naskórka u pacjenta leczonego karbamazepiną

Martyna Kamont, Elżbieta Szymańska, Magdalena Kędzińska, Zuzanna Łagun, Piotr Szelewski, Magdalena Jasińska, Barbara Borkowska, Irena Walecka

Klinika Dermatologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie

Wprowadzenie. Zespół toksycznej nekrolizy naskórka jest rzadką, ostro przebiegającą i zagrażającą życiu chorobą skórno-śluzówkową, w której etiopatogenezie odgrywają rolę leki lub infekcje. Do najczęściej wymienianych leków mogących wywoływać chorobę zalicza się preparaty neurologiczne, w tym karbamazepinę.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku pacjenta z szybką remisją zmian skórnych i śluzówkowych w przebiegu toksycznej nekrolizy naskórka we wczesnej fazie leczonego preparatami immunoglobulin i cyklosporyny A.

Opis przypadku. Pacjent 69-letni został przyjęty do Kliniki Dermatologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w trybie pilnym z powodu rozsianych zmian rumieniowo-obrzękowych i grudkowych zlokalizowanych w obrębie tułowia i kończyn oraz zmian o charakterze płytkich nadżerek w obrębie skóry moszny i żołądki prącia, które w drugim dniu hospitalizacji przekształciły się w zmiany o charakterze zlewającym się w obrębie tułowia oraz w pęcherze w obrębie górnej części pleców. Ponadto pojawiły się świeże nadżerki na błonie śluzowej jamy ustnej oraz na czerwieni wargowej. W wywiadzie – pacjent leczony od 21.08.2015 roku karbamazepiną z powodu zapalenia lewego nerwu trójdzielnego. Zastosowano parenteralnie preparat immunoglobulin i cyklosporynę A. U pacjenta wyrównywano zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej oraz prowadzono właściwą pielęgnację skóry. W ciągu 3 dni leczenia uzyskano prawie całkowite ustąpienie zmian skórnych i śluzówkowych z pozostawieniem przebarwień i złuszczenia pozapalnego.

Wnioski. Toksyczna nekroliza naskórka jest stanem zagrażającym życiu, ale wczesne rozpoznanie i wdrożenie leczenia umożliwia zapobiegnięcie powikłaniom.

różnicowej zmian brano pod uwagę grzybicę głęboką, piodermię zgorzelinową, gruźlicę toczniową i mykobakteriozę. Ze względu na dodatni wynik badania Quantiferonu TB i próby tuberkulinowej oraz brak swoistych zmian radiologicznych rozpoznano gruźlicę latentną. Do leczenia włączono preparat rifampicyny oraz izoniazidu i uzyskano zmniejszenie nasilenia odczynu zapalnego wokół owrzodzenia. W badaniu histopatologicznym z brzegu owrzodzenia stwierdzono cechy piodermy zgorzelinowej. Do leczenia dodatkowo włączono dapson, po którym uzyskano dalszą szybką poprawę kliniczną.

Wnioski. Zaprezentowany przypadek obrazuje trudności diagnostyczne oraz szeroki wachlarz schorzeń skóry, które powinny być uwzględnione w przypadku podejrzenia piodermy zgorzelinowej.

Zespół Sézary'ego z narzuconą infekcją świerzbowcem

Katarzyna Kasza¹, Radosław Małka¹,
Małgorzata Michalska-Jakubus¹, Bartłomiej Wawrzycki¹,
Michał Adamczyk¹, Wojciech Legiec², Dorota Krasowska¹

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

²Klinika Hematologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Piodermia zgorzelinowa – trudności diagnostyczne

Ida Yurtsever, Małgorzata Kwiatkowska,
Patrycja Wiślińska, Agnieszka Bańka-Wrona,
Magdalena Kędzińska, Elżbieta Szymańska,
Irena Walecka

Klinika Dermatologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie

Wprowadzenie. Piodermia zgorzelinowa jest zapaleniem naczyń przebiegającym z tworzeniem szybko postępujących owrzodzeń. Etiologia choroby pozostaje nieznaną. Częste współistnienie choroby z innymi schorzeniami systemowymi obliguje nas do przeprowadzenia szerokiej diagnostyki.

Cel pracy. Przedstawienie pacjenta z piodermią zgorzelinową imitującą gruźlicę skóry.

Opis przypadku. Pacjent 67-letni został przyjęty do Kliniki Dermatologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW z powodu zmian rumieniowo-naciekowych, z owrzodzeniem w części centralnej, zlokalizowanych w obrębie grzbietu lewej ręki. W wykonanych badaniach dodatkowych stwierdzono podwyższone parametry stanu zapalnego, dodatni wynik badania Quantiferonu TB oraz dodatnią próbę tuberkulinową, przebiegającą z objawem patergii. W diagnostyce

Wprowadzenie. Zespół Sézary'ego jest rzadkim nowotworem układu chłonnego wywodzącym się z dojrzałych limfocytów T, występującym głównie u osób dorosłych. Klinicznie objawia się erytrodermią, uogólnioną limfadenopatią oraz odczynem białaczkowym we krwi, ze współistniejącym świadkiem skóry. Terapia zespołu Sézary'ego jest uzależniona od stopnia zaawansowania klinicznego choroby.

Cel pracy. Zwrócenie uwagi na trudności diagnostyczne oraz terapeutyczne wynikające z narzucenia infekcji świerzbowcem na już istniejący stan chorobowy, jakim był zespół Sézary'ego.

Opis przypadku. U 68-letniej pacjentki z rozpoznaniem zespołu Sézary'ego w stopniu zaawansowania IV B po wdrożeniu leczenia ogólnego metotreksatem oraz interferonem α obserwowano wysiew licznych, rozsianych, krwotocznych pęcherzy zlokalizowanych głównie na tułowiu oraz kończynach, z towarzyszącym nasilonym świadkiem skóry. Rozpoznanie świerzbu potwierdzono badaniem dermatoskopowym.

Wnioski. Obraz infekcji świerzbowcem u prezentowanej pacjentki był niecharakterystyczny, a objawy choroby podstawowej maskowały cechy infekcji, co spowodowało trudności diagnostyczne. Niewy-

starcząca skuteczność standardowej terapii przeciwszwierzbowej u prezentowanej pacjentki mogła wynikać z obniżenia ogólnej odporności oraz obniżenia odporności skóry będącej wynikiem zmniejszenia liczby komórek Langerhansa.

Przypadek boreliozy u chorego z pęcherzycą zwyczajną w trakcie terapii immunosupresyjnej

Malwina Ornowska, Wioletta Barańska-Rybak,
Roman Nowicki

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. Choroba z Lyme jest wywoływana przez krętki *Borrelia burgdorferi* (Bb) przenoszone na ludzi przez kleszcze. Obraz kliniczny w zależności od stadium zakażenia może dotyczyć skóry, narządu ruchu i układu nerwowego. Na obraz choroby i dolegliwości wpływa genotyp gatunku bakterii i stan odporności gospodarza.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku zakażenia Bb u chorego z pęcherzycą zwyczajną w trakcie terapii dużymi dawkami leków immunosupresyjnych.

Opis przypadku. Prezentujemy przypadek 39-letniego mężczyzny obciążonego pęcherzycą zwyczajną, leczonego immunosupresyjnie od 2013 roku, u którego obserwowano owalne zmiany rumieniowe o największym nasileniu na obwodzie zlokalizowane na tułowiu i kończynach. Pacjent zgłaszał zwiększoną męczliwość i ból kończyn. W wywiadzie chory był ukąszony przez 2 kleszcze w lipcu 2015 roku. U pacjenta wykonano serodiagnostykę boreliozy, przeciwciała IgM i IgG były dodatnie, poszerzono diagnostykę o badanie Western blot, które potwierdziło chorobę z Lyme. W konsultacji ze specjalistą chorób zakaźnych zalecono antybiotykoterapię przez 28 dni ze względu na podwyższone parametry enzymów wątrobowych i terapię choroby podstawowej, włączono penicylinę prokainową w dawce 2,4 mln j.m./dobę *i.m.* z dobrą tolerancją terapii i stopniową poprawą stanu miejscowego.

Wnioski. U pacjentów leczonych immunosupresyjnie należy pamiętać o możliwości nietypowego przebiegu schorzeń dermatologicznych.

Ocena subpopulacji limfocytów i profilu wewnątrzkomórkowych cytokin u chorych z łuszczycą

Jolanta Maciejewska¹, Waldemar Placek²

¹Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy

²Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych
Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej
Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Wprowadzenie. Etiopatogeneza łuszczycy pozostaje ciągle nie w pełni wyjaśniona. Niewątpliwą rolę odgrywają podłoże genetyczne oraz immunologiczne.

Cel pracy. Badania polegały na ocenie całkowitego odsetka komórek należących do subpopulacji limfocytów Th, jak również określeniu poziomu syntetyzowanych przez nie cytokin u nieleczonych chorych na łuszczycę oraz wpływu leczenia na powyższe parametry w porównaniu z grupą kontrolną.

Materiał i metodyka. W badaniu wzięło udział 36 pacjentów z łuszczycą, od których pobrano dwukrotnie krew: przed włączeniem leczenia oraz w trakcie leczenia (PASI50). Komórki krwi pełnej pobranej od pacjentów i w grupie kontrolnej przygotowano według standardowego protokołu barwienia zewnątrz- i wewnątrzkomórkowego.

Wyniki. U nieleczonych chorych na łuszczycę stwierdza się niższy odsetek komórek CD3+/CD4+ oraz CD4+/CD26+ w porównaniu z grupą kontrolną. Przy PASI50 w wyniku leczenia odsetek komórek CD3+/CD4+ oraz CD4+/CD26+ u osób z łuszczycą jest nadal niższy niż u osób zdrowych. Nieleczeni chorzy na łuszczycę charakteryzują się wyższym odsetkiem komórek CD4+/IL-17+, CD4+/INF- γ , CD4+/TNF- α w porównaniu z osobami zdrowymi. Przy PASI50 odsetek komórek CD4+/IL-17+, CD4+/INF CD4+/TNF się zmniejszył, jest on jednak nadal wyższy w porównaniu z grupą kontrolną. U nieleczonych chorych na łuszczycę stwierdza się wyższy odsetek komórek CD4+/CD25+/CD127- oraz CD4+/CD25-/CD127- w porównaniu z osobami zdrowymi.

Wnioski. U chorych na łuszczycę obserwuje się ograniczoną obwodową odpowiedź komórkową limfocytów T (spadek populacji Th (CD3+/CD4+) i komórek proliferujących o potencjale Th1 (CD4+/CD26+)). Zastosowane leczenie nie wpływa na zmianę ocenianych powyżej subpopulacji komórkowych. Łuszczycy indukują komórkową odpowiedź prozapalną limfocytów (wzrost komórek CD4+/IL-17+, CD4+/INF, CD4+/TNF), a zastosowane leczenie (przy PASI50) znamienne wpływa na zmniejszenie stanu zapalnego na poziomie komórek.

Ocena stresu u pacjentów z pokrzywką przewlekłą

Alicja Ograczyk¹, Magdalena Kozłowska²,
Andrzej Kaszuba², Anna Zalewska-Janowska¹

¹Zakład Psychodermatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Pokrzywka przewlekła jest zaliczana do kręgu zaburzeń psychodermatologicznych, w których powstawaniu stres odgrywa znaczącą rolę. Jednocześnie zaznacza się, że choroba i jej konsekwencje mogą również stanowić źródło stresu.

Cel pracy. Porównanie wybranych parametrów biologicznych (stężenia kortyzolu i siarczanu dehydroepiandrosteronu (DHEA-S)) oraz psychologicznych (nasilenia stresu oraz ocena jakości życia) u osób z pokrzywką przewlekłą w odniesieniu do grupy kontrolnej.

Materiał i metodyka. W badaniu wzięło udział 79 kobiet – 46 pacjentek z pokrzywką przewlekłą oraz 33 osoby stanowiące grupę kontrolną. Średni wiek w grupie badanej wynosił 44,6 roku (min. 21 lat, maks. 68 lat, SD = 14,2 roku), a w grupie kontrolnej 46,3 roku (min. 18 lat, maks. 78 lat, SD = 14,7 roku). W badaniu wykorzystano metodę laboratoryjną ELISA do oceny stężenia kortyzolu i DHEA-S w ślinie oraz kwestionariusze: Skalę odczuwanego stresu (PSS-10) oraz Kwestionariusz jakości życia związanej ze zdrowiem (SF-36).

Wyniki. Pacjentki z pokrzywką przewlekłą w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej charakteryzowały się mniejszym stężeniem kortyzolu ($z = 6,833$, $p < 0,001$) i DHEA-S ($z = 7,024$, $p < 0,001$) oraz gorszą jakością życia w odniesieniu do wszystkich wymiarów SF-36, z wyjątkiem dolegliwości bólowych. Uzyskano również istotną statystycznie korelację między stężeniem DHEA-S ($r = 0,39$, $p < 0,01$) a funkcjonowaniem fizycznym u pacjentek z pokrzywką przewlekłą.

Wnioski. Chroniczne odczuwanie stresu przez pacjentki z pokrzywką przewlekłą znalazło odzwierciedlenie w parametrach biologicznych i psychologicznych. Warto rozważenia wydaje się uwzględnienie oddziaływań psychologicznych w planie terapeutycznym dla tej grupy pacjentów.

Grzybica paznokci i grzybica stóp w materiale Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Andriy Petranjuk, Barbara Bykowska, Roman Nowicki

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. Grzybica stóp oraz paznokci stóp to jedna z najczęstszych postaci grzybicy u osób dorosłych. Stanowi ona poważny problem epidemiologiczny i terapeutyczny. Pogarsza także jakość życia pacjentów. Znajomość czynnika etiologicznego grzybicy pozwala często na właściwy dobór leczenia, zwłaszcza w grzybicy paznokci, gdzie w wielu przypadkach konieczna jest terapia ogólna lekami przeciwgrzybiczymi.

Cel pracy. Badanie czynników etiologicznych grzybicy paznokci i stóp wśród pacjentów kierowanych do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego z podejrzeniem tej grzybicy.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto 24 437 pacjentów kierowanych do Pracowni Mikologicznej Kliniki ze zmianami w obrębie paznokci i stóp w okresie od stycznia 2000 do grudnia 2013 roku. Wiek pacjentów w badanej grupie wynosił od 7 miesięcy do 92 lat. Grzybicę rozpoznano łącznie u 5791 osób.

Wyniki. Grzybica paznokci stanowiła prawie połowę wszystkich zakażeń grzybiczych stwierdzonych w tym okresie (44% wszystkich grzybic). Grzybicę stóp rozpoznano u 8,9% pacjentów z grzybicą. Najczęściej izolowanym dermatofitem był *Trichophyton rubrum*, który był czynnikiem przyczynowym 38% przypadków grzybicy paznokci i 32% grzybicy stóp. Drugim co do częstości był *Trichophyton mentagrophytes*, który był odpowiedzialny za 27% wszystkich grzybic paznokci i 29% przypadków grzybicy stóp. Trzecim pod względem częstości czynnikiem etiologicznym grzybicy był *Candida albicans* powodujący odpowiednio 12% i 19% przypadków grzybicy paznokci i stóp. Grzybicę częściej obserwowano u mężczyzn (54% pacjentów z grzybicą paznokci i 62% pacjentów z grzybicą stóp). Grzybica paznokci i stóp występowała prawie wyłącznie u osób powyżej 15. roku życia (98%). Większość osób z tymi odmianami grzybicy stanowili mieszkańcy miast (odpowiednio 89% i 76%).

Ocena wybranych parametrów psychologicznych u chorych na przewlekłe choroby skóry – możliwości psychologicznej terapii uzupełniającej

Anna Płatkowska

Zakład Psychodermatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Terapia przewlekłych chorób skóry jest obciążająca zarówno dla pacjenta, jak i lekarza. Pacjenci chorujący przewlekłe mogą ujawniać psychologiczne mechanizmy adaptacyjne, powodujące wycofanie społeczne i rezygnację z walki z chorobą. Wprowadzenie wsparcia psychologicznego może poprawić funkcjonowanie psychospołeczne pacjentów oraz skutkować podniesieniem jakości ich życia.

Cel pracy. Ocena parametrów psychologicznych – strategii radzenia sobie ze stresem, poczucia własnej skuteczności oraz lęku, pod kątem możliwości wykorzystania psychologicznych interwencji wspomagających dla pacjentów dermatologicznych.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto 48 pacjentów (34 kobiety, 28 mężczyzn) poradni dermatologicznej z następującymi dolegliwościami: trądzik (50%), atopowe zapalenie skóry (16,66%), wyprysk kontaktowy (16,66%), łysienie (6,25%) oraz łuszczyca (8,33%). Średnia wieku wynosiła 32,13 ±15,77 roku (zakres: 14–72 lat), a średni czas trwania choroby 9 lat ±5 miesięcy. W badaniu wykorzystano następujące kwestionariusze psychologiczne: autorski kwestionariusz demograficzno-medyczny, CISS – kwestionariusz oceniający sposoby radzenia sobie w sytuacjach stresowych (Endler, Parker), STAI – kwestionariusz badający stan oraz cechę lęku, GSES – kwestionariusz oceniający poczucie własnej skuteczności (GSEs, Watson, Greer). Za istotne statystycznie przyjęto wyniki $p < 0,05$.

Wyniki. Przeprowadzona analiza wykazała ujemną korelację między czasem trwania choroby i stylem radzenia sobie ze stresem w postaci poszukiwania kontaktów społecznych ($r = -0,36$). Wyższe poczucie lęku jako stanu ($r = -0,30$) oraz jako cechy ($r = -0,49$) było w badanej grupie związane z niższym poczuciem własnej skuteczności. Wyższy poziom lęku korelował w badanej grupie ujemnie z poszukiwaniem kontaktów społecznych ($r = -0,31$).

Wnioski. Wyniki sugerują, że lęk pacjentów może być przyczyną wycofania się z interakcji społecznych. Skłania to do podejmowania działań, które mogłyby zmniejszać niepokój chorych. Wzmacnianie poczucia własnej skuteczności mogłoby wpłynąć

pozytywnie na przebieg procesu terapeutycznego i poprawę funkcjonowania psychospołecznego. Interwencja psychologiczna może być jednym z elementów dodatkowych w terapii dermatologicznej.

Liszaj płaski wrzodziejący stóp z towarzyszącymi przeciwciałami SES-ANA

Marek Opala

Katedra i Klinika Dermatologiczna
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. Liszaj płaski jest chorobą, która występuje u 0,44–2% populacji i dotyczy skóry gładkiej i owłosionej, paznokci oraz błon śluzowych, m.in. jamy ustnej i narządów płciowych. Postać wrzodziejąca liszaja płaskiego w obrębie stóp jest nietypową odmianą choroby. Przeciwciała SES-ANA opisane po raz pierwszy przez Jaremko i wsp. oraz Beutnera i wsp. są traktowane jako marker przewlekłego wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej, ale obecne są również w ciężkich postaciach liszaja płaskiego z zajęciem błon śluzowych narządów płciowych i łysieniem, szczególnie w *vulvovaginal-gingival-pilar lichen planus*.

Opis przypadku. Pacjentka, lat 47, została przyjęta do Kliniki z powodu zmian nadżerkowych i wrzodziejących błony śluzowej jamy ustnej i skóry stóp z towarzyszącą syndaktylią trwających od 8 lat oraz łysienia bliznowaciejącego od roku. W wywiadzie – kilkanaście lat temu pojawiły się zmiany grudkowe skóry gładkiej ustępujące z przebarwieniem. W badaniach dodatkowych stwierdzono obraz histopatologiczny liszaja płaskiego w wycinku skóry stopy oraz skóry owłosionej głowy. W badaniu immunopatologicznym *in vivo* były obecne związane przeciwciała SES-ANA zarówno w skórze gładkiej, jak i owłosionej. W surowicy były obecne krążące przeciwciała SES-ANA w mianie 1280 na substracie błony śluzowej przełyku małpy i 20480 na błonie śluzowej przełyku świnki morskiej. W leczeniu zastosowano ogólnie chlorochinę (250 mg/dobę), cyklosporynę (125 mg/dobę) oraz miejscowo maść z 0,1% takrolimusem i aprotyniną. Uzyskano poprawę zmian skórnych i śluzówkowych.

Wnioski. Przedstawiamy przypadek liszaja płaskiego wrzodziejącego stóp, rzadkiej odmiany liszaja płaskiego z obecnością przeciwciał SES-ANA, które stanowią marker ciężkich, opornych na leczenie postaci tej choroby.