

Sprawozdanie z III Konferencji Naukowo-Szkoleniowej pt. „Łuszczyca – wewnątrz widziane okiem dermatologa”

Olsztyn, 18–20 września 2014 r.

Przeegl Dermatol 2015, 102, 265–270

W dniach 18–20 września 2014 roku w Olsztynie, na terenie kampusu Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego „Kortowo” odbyła się III Konferencja Łuszczykowa zorganizowana przez Katedrę Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego (UWM) przy współudziale Miejskiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie. Komitetowi organizacyjnemu i naukowemu przewodniczył prof. Waldemar Placek, kierownik Katedry i Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej. Honorowy patronat nad Konferencją objęli Jego Magnificencja rektor UWM prof. Ryszard Górecki oraz prorektorzy prof. Jerzy Jaroszewski i prof. Grzegorz Białuński, dziekan Wydziału Nauk Medycznych UWM prof. Wojciech Maksymowicz, wojewoda warmińsko-mazurski Marian Podziewski, marszałek województwa warmińsko-mazurskiego Jacek Protas, prezydent miasta Olsztyna Piotr Grzymowicz oraz przewodniczący Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego prof. Jacek Szepietowski.

Uroczysta inauguracja Konferencji odbyła się w Auli Kongresowej Centrum Konferencyjno-Szkoleniowego UWM. Wszystkich przybyłych przywitała reprezentacyjna grupa folklorystyczna UWM – Zespół Pieśni i Tańca „Kortowo”.

Gospodarz wieczoru prof. Waldemar Placek przybliżył historię dwóch poprzednich spotkań poświęconych problematyce łuszczycy. Przypomnił, że pierwsza konferencja odbyła się w Gdyni w 1986 roku i została zorganizowana przez Klinikę Dermatologiczną Akademii Medycznej w Gdańsku, kierowaną wówczas przez prof. Henryka Szarmacha, druga natomiast w Iwoniczu-Zdroju w 1991 roku, a jej pomysłodawcą i organizatorem był prof. Andrzej Langner. W kolejnych słowach wystąpienia inauguracyjnego prof. Waldemar Placek przywitał wszystkich uczestników Konferencji, wykładowców oraz gości. Szczególnie gorąco powitał gości specjalnych: prof. Enno Christophersa, światowej sławy autorytet w dziedzinie patogenezy i leczenia łuszczycy, prof. Andrzeja Langnera, nestora polskiej dermatologii oraz prof. Roberta Gniadeckiego, eksperta w dziedzinie najnowszych metod leczenia łuszczycy. W dalszej części przemówienia prof. Waldemar Placek przybliżył przybyłym tematykę Konferencji, której problemami wiodącymi były genetyka i immunologia łuszczycy, leczenie kobiet ciężarnych oraz

dzieci, związek łuszczycy z innymi zaburzeniami i chorobami ogólnoustrojowymi, wpływ choroby na sferę psychiczną pacjenta, jak również możliwości leczenia miejscowego i ogólnego. Kończąc wystąpienie, prof. Waldemar Placek złożył podziękowania sponsorom, patronom medialnym oraz wszystkim osobom zaangażowanym w przygotowanie wydarzenia.

W dalszej części wieczoru głos zabrali przedstawiciele wojewody i marszałka województwa warmińsko-mazurskiego, prezydent miasta Olsztyna, rektor UWM, dziekan Wydziału Nauk Medycznych, dyrektor Miejskiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie, przedstawiciel Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej oraz konsultant krajowy w dziedzinie dermatologii dr hab. Joanna Maj. Jako ostatni przemawiał przewodniczący Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego prof. Jacek Szepietowski, który został zaproszony przez prof. Waldemara Placka do współprzewodniczenia sesji inauguracyjnej (ryc. 1).

Wykład inauguracyjny pod tytułem „Od chryzobiny do leków biologicznych”, poświęcony historii leczenia łuszczycy, wygłosił prof. Andrzej Langner (ryc. 2). Wystąpienie to było wspaniałą wycieczką w przeszłość badań nad łuszcycą oraz jej leczenia, co szczególnie dla młodszych dermatologów stanowiło niezapomniane przeżycie.

Następnie prezentację zatytułowaną „Scio me nihil scire – patophysiology of psoriasis” przedstawił prof. Enno Christophers (ryc. 3). Profesor Christophers zaskoczył jak zwykle wszystkich, prezentując nowoczesną wizję patogenezy łuszczycy jako bimodalnego, czyli dwuetapowego procesu aktywacji



Rycina 1. Sesja inauguracyjna prowadzona przez prof. Jacka Szepietowskiego i prof. Waldemara Placka



Rycina 2. Sesję inauguracyjną rozpoczął prof. Andrzej Langner

układu immunologicznego. Wiadomo, że obraz histopatologiczny tworzącej się blaszki łuszczycowej różni się od wykwitu stabilnego, ukształtowanego. We wczesnych wykwitach dominują nacieki z neutrofilów i makrofagów, IL-1 oraz limfocyty Th17 z profilem wydzielanych przez nie cytokin. Profesor określił ten etap jako *autoinflammation*, natomiast kolejny, kiedy w starszych wykwitach obserwuje się stopniową dominację limfocytów Th1 i mikroropnie Munro, jako wynik procesu autoimmunologicznego (*autoimmunity*), czyli odpowiedź na własne, dotąd niepoznane antygeny.



Rycina 3. Profesor Eno Christophers z Kilonii uczestniczył we wszystkich konferencjach łuszczycowych w Polsce

Obaj profesorowie zostali odznaczeni przez dziekana Wydziału Nauk Medycznych pamiątkowymi medalami.

Po zakończeniu części oficjalnej rozpoczęła się część artystyczna, która z pewnością na długo pozostanie w pamięci widzów (ryc. 4).

Kolejne dwa dni to czas intensywnych obrad. Konferencja została podzielona na 10 sesji tematycznych, obejmujących najważniejsze problemy z zakresu diagnostyki i leczenia łuszczycy. Podczas konferencji odbyły się także warsztaty dotyczące skal oceny łuszczycy – PASI, NAPSI, BSA, fototerapii oraz Centralnych Systemów Medycznych obsługujących program leczenia ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej w ramach NFZ.

W czasie konferencji wielkim powodzeniem cieszyły się sesje interaktywne – panele dyskusyjne dotyczące kontrowersji na temat leczenia biologicznego łuszczycy i metod optymalizacji tego leczenia. Zespół Kliniki Dermatologicznej w Poznaniu pod kierownictwem prof. Zygmunta Adamskiego przeanalizował i szczegółowo omówił przypadki ciężkiej łuszczycy kwalifikowane do programu lekowego.

Pierwszą sesję „Genetyka i immunologia łuszczycy” otworzył wykład, który przygotowała lek. Marta Stawczyk-Macieja z Gdańska. Prelegentka przedstawiła aktualne doniesienia na temat wybranych wariantów genetycznych związanych z funkcjono-



Rycina 4. Muzykoterapia Wunderbar

waniem koperty rogowej oraz ich roli w złożonej patogenezie łuszczycy zwyczajnej. Mechanizmy immunologiczne oraz rolę wybranych cytokin w łuszczycy omówiła dr Jolanta Maciejewska z Bydgoszczy, która w swoim wykładzie zaprezentowała wnioski wynikające z badań przeprowadzonych u chorych na łuszczycę w latach 2011–2012 w Bydgoszczy. Stwierdzono wówczas ograniczoną obwodową odpowiedź komórkową limfocytów T i komórek proliferujących o potencjale Th1, znamienne wpływy leczenia łuszczycy na zmniejszenie stanu zapalnego na poziomie komórek oraz obniżenie odsetka limfocytów T regulatorowych i efektorowych. Kolejne wykłady dotyczyły roli cytokin w leczeniu i patogenezie łuszczycy. Znaczenie IL-17A omówił dr hab. Adam Reich z Wrocławia, IL-16 – lek. Dorota Purzycka-Bohdan z Gdańska, TNF- α – zespół Oddziału Dermatologicznego Szpitala im. Biegańskiego w Łodzi. Na zakończenie sesji dr hab. Wioletta Barańska-Rybak z Gdańska wygłosiła niezwykle interesujący wykład na temat roli peptydów przeciwdrobnoustrojowych w łuszczycy. Przedstawiła wyniki badań, w których wykazano, że wysoka ekspresja tych peptydów (katelicydyn, β -defensyn, proteiny S-100) w łuszczycy jest czynnikiem, który poprzez modyfikowanie odpowiedzi zapalnej i ochronę przed zakażeniami gronkowcowymi pozytywnie wpływa na przebieg choroby.

Sesję drugą „Nie bójmy się metotreksatu” w większości wypełniły wykłady prelegentów reprezentujących Olsztyn. Doktor Agata Maciejewska-Radomska przedstawiła wyniki wstępnych badań, w których autorzy podjęli się identyfikacji sekwencji oraz wzorca występujących SNP i mutacji typu INDEL w rejonie eksonu 7–8 oraz intronów F–G genu HLA-G w grupie 10 chorych na łuszczycę o umiarkowanie ciężkim i ciężkim przebiegu oraz skorelowania uzyskanych wzorców z kliniczną odpowiedzią na 3-miesięczną terapię metotreksatem. Wyniki badań oceniających wpływ metotreksatu na rozwój zaburzeń metabolicznych i stopień uszkodzenia śródbłonna u chorych na łuszczycę zaprezentowała dr Agnieszka Owczarek-Saczonek. Problemy dotyczące kwalifikacji do leczenia metotreksatem i monitorowania w czasie jego trwania na podstawie piśmiennictwa oraz wyciecznych opracowanych przez Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej w Wielkiej Brytanii, a także rekomendacji Amerykańskiej Narodowej Fundacji Łuszczycy, Brytyjskiego Stowarzyszenia Dermatologów, Hiszpańskiej Akademii Dermatologii i Wenerologii oraz grupy ekspertów Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego omówił prof. Witold Owczarek z Kliniki Dermatologicznej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. Sesję zakończyła prezentacja zintegrowanego systemu po-

dawania metotreksatu podskórnie przedstawiona przez Urszulę Wieję – przedstawicielkę firmy Medac.

W sesji trzeciej „Łuszczycy krostkowa” usłyszeliśmy trzy wykłady. Profesor Hanna Wolska, opierając się na danych z piśmiennictwa oraz doświadczeniach własnych, wykazała, że termin łuszczycy krostkowa, a konkretnie ograniczona łuszczycy krostkowa, powinien być zarezerwowany wyłącznie dla zmian o charakterze *acrodermatitis continua Hallopeau*, a PPP zasługuje na odrębną nazwę – pomimo że dane wskazują na wiele podobieństw między tymi schorzeniami. Doktor hab. Aleksandra Lesiak omówiła zalecenia terapeutyczne dotyczące łuszczycy krostkowej. Zwróciła uwagę na rolę odsetka zajętej powierzchni ciała oraz nasilenia zmian chorobowych w wyborze opcji leczenia. Podkreśliła, że za terapię pierwszego rzutu uznaje się acytretynę, cyklosporynę A, metotreksat i infliksymab, podczas gdy adalimumab, etanercept oraz PUVA powinny być rozważane jako leczenie drugiego rzutu. W łuszczycy krostkowej u dzieci i kobiet w ciąży decyzja terapeutyczna zawsze powinna być podejmowana indywidualnie i uwzględniać współczynnik korzyść/ryzyko. Doktor Monika Kapińska-Mrowiecka z Oddziału Dermatologicznego Szpitala im. Żeromskiego w Krakowie zaprezentowała wiele zdjęć zmian klinicznych w łuszczycy krostkowej i jednostkach krostkowych wymagających różnicowania z łuszczycą, a także metody leczenia na podstawie własnych doświadczeń oraz danych literaturowych.

W sesji czwartej, dotyczącej psychodermatologii prof. Anna Zalewska-Janowska omówiła miejsce psychoterapii w leczeniu łuszczycy jako istotnego elementu bio-psycho-społecznego modelu opieki nad pacjentem. Prezes Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego prof. Jacek Szepietowski przedstawił szczegółowo problem świądu w łuszczycy, natomiast dr Luiza Marek-Józefowicz z Bydgoszczy podzieliła się z uczestnikami konferencji wynikami badań dotyczących zaburzeń funkcji kognitywnych u pacjentów z łuszczycą. Wykazano, że chorzy na łuszczycę uzyskiwali gorsze wyniki niż osoby zdrowe w testach oceniających: aspekty pamięci operacyjnej, szybkość psychomotoryczną, funkcje wykonawcze, przerzutność uwagi.

Sesję piątą „Immunologia kliniczna i aspekty praktyczne leczenia biologicznego łuszczycy” otworzył wykład odpowiadający na pytanie, czego możemy się spodziewać po nowych lekach biologicznych. Wygłosił go prof. Witold Owczarek, który przedstawił dane dotyczące możliwości zastosowania inhibitorów IL-23 (tildrakizumab, guselkumab), IL-17 (sekukinumab, iksekizumab, brodalumab), inhibitorów kinaz, takich jak tofacitinib (JAK) i apremilast (PDE-4) oraz anty-IFN- γ (HuZAF), wskazując także na możliwe kierunki dalszych badań nad nowo-

czesnymi metodami leczenia opartych na patomechanizmie łuszczycy. Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Konferencji prof. Waldemar Placek omówił rolę przeciwciał przeciw wimentynie (anty-MCV) w łuszczycy, podkreślając ich występowanie także w reumatoidalnym zapaleniu stawów, toczniu układowym, młodzieńczym idiopatycznym zapaleniu stawów, chorobie Sjögrena, chorobie Leśniowskiego-Crohna, stwardnieniu zanikowym bocznym i chorobie Alzheimer. Okazuje się, że miano przeciwciał przeciw wimentynie w łuszczycy wzrasta wraz z czasem trwania choroby, a szczególnie związek występuje między dodatnimi wynikami anty-MCV i zajęciem stawów kolanowych oraz paznokci.

W sesji szóstej, otwierającej kolejny dzień konferencji, prof. Lidia Rudnicka omówiła zastosowanie nowoczesnych technik obrazowania skóry w diagnostyce różnicowej łuszczycy, zwłaszcza z liszajem płaskim, łojotokowym zapaleniem skóry czy łupieżem czerwonym mieszkowym. Autorka zwróciła uwagę na charakterystyczne cechy dermoskopowe łuszczycy, takie jak: białe lub biało-srebrne złuszczenie naskórka, czerwone kropki lub kulki rozmieszczone w regularnym układzie liniowym lub tworzące charakterystyczne pierścienie. Podkreślono także rolę podejmowanych prób zastosowania refleksyjnej mikroskopii konfokalnej w diagnostyce różnicowej łuszczycy, dla której w przekrojach optycznych charakterystyczne są: parakeratoza (ciemne punkty wewnątrz keratynocytów warstwy rogowej), mikroropnie Munro (zgrupowanie jasnych komórek w obrębie warstwy rogowej) oraz redukcja grubości lub brak warstwy ziarnistej naskórka, naczynia o cechach wazodylatacji, a także naciek z komórek zapalnych w skórze właściwej. Mimo że nowoczesne metody obrazowania skóry mogą być niekiedy pomocne w diagnostyce różnicowej nietypowych klinicznie postaci łuszczycy, to wciąż badanie histopatologiczne pozostaje w takich przypadkach złotym standardem. Profesor Waldemar Placek, opierając się na doświadczeniach własnych oraz dostępnych danych z piśmiennictwa, omówił miejsce leczenia zewnętrznego z zastosowaniem cygnoliny i dziegci oraz fototerapii i fotochemoterapii w erze leków biologicznych, zwracając uwagę na główne wskazania i przeciwwskazania do zastosowania tych metod leczenia. Podstawowe mechanizmy działania, skuteczność i bezpieczeństwo terapii łuszczycy z zastosowaniem analogów witaminy D nakreśliła dr hab. Aleksandra Dańczak-Pazdrowska z Poznania. Autorka zwróciła uwagę, że analogi witaminy D, szczególnie w terapii skojarzonej z glikokortykosteroidami, stanowią leczenie z wyboru w terapii miejscowej wielu postaci łuszczycy oraz są cennym uzupełnieniem leczenia ogólnego. Profesor Hanna Wolska omówiła zastosowanie retinoidów w leczeniu łuszczycy, podkreślając, że są to jedyne prepara-

ty, które przy wszystkich obciążeniach związanych z ich podawaniem nie działają immunosupresyjnie, w związku z czym z dotychczasowych metod ogólnego leczenia łuszczycy mają chyba najlepszą przyszłość. Z kolei prof. Dorota Krasowska dokonała analizy mechanizmu działania, farmakokinetyki, interakcji z innymi lekami, stosowanych dawek i sposobów terapii z uwzględnieniem przeciwwskazań i działań niepożądanych cyklosporyny w łuszczycy. Profesor Grażyna Broniarczyk-Dyła przedstawiła zabiegi z zakresu medycyny estetycznej, które mogą być wykonywane u pacjentów z łuszczycą (m.in. zabiegi nawilżające, łagodzące, ozonoterapia, fale radiowe bipolarne, zabiegi hiperbaryczne z dużą ostrożnością, karboksyterapia), oraz te, które można stosować jedynie w okresie remisji choroby (peelingi chemiczne, mezoterapia, laseroterapia i iniekcje toksyny botulinowej). Autorka podkreśliła, że ze względu na ryzyko zaostrzenia zmian skórnych (objaw Köbnera), aktywna łuszczycy jest przeciwwskazaniem do większości zabiegów estetycznych. Zabiegi pielęgnacyjne u chorych na łuszczycę, w szczególności z zastosowaniem produktów Beta-Skin, omówiła Małgorzata Gaworczyk z Wrocławia.

Największe zainteresowanie wśród uczestników Konferencji wzbudziła bez wątpienia sesja siódma, dotycząca związków łuszczycy z zaburzeniami ogólnoustrojowymi. Pierwszy wykład, pod intrygującym tytułem „Łuszczycowe zapalenie stawów czy zespół łuszczycowy?” wygłosiła dr Magdalena Krajewska-Włodarczyk z Oddziału Reumatologii Szpitala Miejskiego w Olsztynie, podkreślając rolę dermatologa w procesie wczesnego rozpoznania i włączenia odpowiedniego leczenia łuszczycowego zapalenia stawów, które może zapobiec lub znacznie ograniczyć rozwój strukturalnych zmian w obrębie stawów. Zależność między łuszczycą a otyłością przedstawiła dr Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, która wygłosiła pogląd, że otyłość jest niezależnym czynnikiem ryzyka rozwoju łuszczycy i wiąże się z gorszym rokowaniem przebiegu choroby, a redukcja masy ciała za pomocą diety niskokalorycznej i ćwiczeń fizycznych łagodzi przebieg łuszczycy. Profesor Tomasz Stompór, kierownik Kliniki Nefrologii UWM w Olsztynie podkreślił związek łuszczycy z chorobami nerek, a także „nerkowe” konsekwencje stosowania leków przeciwłuszczycowych. Dane epidemiologiczne z ostatnich lat wskazują, że u chorych na łuszczycę ryzyko wystąpienia przewlekłej choroby nerek jest nawet o 50% wyższe w porównaniu z populacją referencyjną, natomiast ryzyko schyłkowej niewydolności nerek – nawet 3–4 razy wyższe (szczególnie gdy choroba skóry spełnia kryteria „ciężkiej” łuszczycy lub gdy rozwija się łuszczycowe zapalenie stawów). Interesujące jest, że związek ten utrzymuje się także po wykluczeniu z analizy chorych otrzymujących cyklosporynę, co sugeruje niezależny wpływ choroby

na ryzyko rozwoju nefropatii. Cyklosporyna, ważny lek stosowany w łuszczycy, ma bowiem szereg działań ubocznych upośledzających czynność cewek nerkowych, mikrokrążenia nerkowego i zmniejszających współczynnik przesączania kłębuszkowego. Leczenie biologiczne (m.in. etanercept, infliksymab, adalimumab) może natomiast wywoływać zmiany nerkowe przypominające toczeń, cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek, a nawet zapalenie nerek z półksiężycami. Doktor hab. Aldona Pietrzak z Lublina w swoim wystąpieniu dotyczącym zaburzeń lipidowych określiła łuszczycę jako chorobę immunometaboliczną, z zaburzeniem szeregu parametrów lipidowych w naskórku i surowicy pacjentów. W wykładzie prof. Joanny Narbutt „Łuszczycyca a cukrzyca typu II” przedstawione zostały najnowsze doniesienia na temat epidemiologicznego związku pomiędzy łuszczycą a zespołem metabolicznym oraz wynikające z niego implikacje terapeutyczne. Doktor hab. Aneta Szczerkowska-Dobosz z Gdańska przytoczyła hipotezy tłumaczące korelację łuszczycy z chorobami sercowo-naczyniowymi, związanymi z miażdżycą, takie jak: wspólna zapalna patogenezą łuszczycy i miażdżycy, czynniki środowiskowe oraz następstwa leczenia ogólnego tej choroby, natomiast dr hab. Rafał Czajkowski z Bydgoszczy w wystąpieniu „Łuszczycyca a układ krążenia” zaznaczył, że zrozumienie dokładnych mechanizmów prowadzących do dysfunkcji śródbłonna u chorych na łuszczycę może ułatwić poznanie mechanizmów rozwoju i wczesną diagnostykę zmian miażdżycowych w populacji ogólnej. Autorzy byli zgodni, że ze względu na zwiększone ryzyko sercowo-naczyniowe choroby na łuszczycę wymagają interdyscyplinarnej opieki, obejmującej – poza leczeniem zmian skórnych – wdrażanie profilaktyki przeciwmiażdżycowej oraz właściwe leczenie ogólnych objawów choroby. Na zakończenie sesji wystąpiła dr Olivia Komorowska z Gdańska, przedstawiając wyniki badań dowodzących, że chorzy na łuszczycę obarczeni są zwiększonym ryzykiem wystąpienia nadciśnienia tętniczego i nadmiernej masy ciała, a zaburzenia gospodarki lipidowej i wzmożony stan prozakrzepowy, wyrażony zwiększonym stężeniem D-dimerów we krwi, stanowią istotne czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u chorych na łuszczycę. Obraz badania echokardiograficznego lewej komory serca oraz ultrasonograficznego tętnic szyjnych u chorych na łuszczycę i w grupie kontrolnej nie różni się, co wymaga dalszych badań.

Problem łuszczycy u kobiet ciężarnych i karmiących piersią, a także u niemowląt i dzieci został omówiony w sesji ósmej. W pierwszym wykładzie dr Marta Pastuszka z Łodzi podkreśliła, że u ciężarnych pacjentek z ciężką łuszczycą (nieleczonych preparatami ogólnymi) występuje podwyższone ryzyko urodzenia noworodka o małej masie urodze-

niowej, natomiast takiej zależności nie obserwuje się u kobiet z łagodną postacią choroby. Autorka przytoczyła także dane epidemiologiczne Carsena i wsp. wskazujące na poprawę stanu skóry u około 32–63% ciężarnych pacjentek z łuszczycą. Zagadnienie łuszczycy u noworodków i niemowląt zostało wyczerpująco omówione przez dr Mirosławę Kuchciak-Brancewicz z Łodzi. Doktor Aldona Pietrzak skupiła się natomiast na łuszczycy wieku dziecięcego, przedstawiając dane z publikacji zagranicznych dotyczące osiągnięć terapeutycznych w populacji około 250 dzieci z łuszczycą otrzymujących leki biologiczne – etanercept, infliksymab i ustekinumab. Prelegentka zwróciła uwagę, że zastosowanie leków biologicznych w przypadkach ciężkiej łuszczycy u dzieci może zahamować wczesny proces miażdżycowy i zapobiegać późniejszym powikłaniom sercowo-naczyniowym oraz konsekwencjom psychologicznym choroby.

Sesja dziewiąta była poświęcona współwystępowaniu łuszczycy i innych dermatoz. Rozpoczęła ją dr hab. Małgorzata Sokołowska-Wojdyło z Gdańska, omawiając wyższe ryzyko rozwoju chłoniaków u pacjentów z łuszczycą. Prelegentka przytoczyła polskie badanie, w którym nawet u krewnych chorych na łuszczycę (pierwszego stopnia płci męskiej) stwierdzono wyższe ryzyko rozwoju ziarnicy złośliwej. Dyskutowano m.in. na temat przypadków istnienia chłoniaka przed rozpoznaniem łuszczycy oraz błędów diagnostycznych (chłoniak zdiagnozowany błędnie jako łuszczycyca). Doktor Agata Maciejewska-Radomska przedstawiła aktualną wiedzę na temat epidemiologii nowotworów złośliwych u chorych na łuszczycę zwyczajną. Współistnienie tocznia rumieniowatego i łuszczycy było przedmiotem wystąpienia prof. Anny Woźniackiej z Łodzi, która podkreśliła szereg wspólnych cech obu chorób, takich jak patogenezą, obraz kliniczny czy terapia. Prelegentka zwróciła uwagę na podobieństwo kliniczne pomiędzy zmianami w przebiegu łuszczycy a podostrą skórną postacią tocznia rumieniowatego, zwracając uwagę, że prawidłowe zróżnicowanie obu jednostek, głównie na podstawie badania histopatologicznego, jest niezmiernie istotne wobec znacznych odrębności terapii. Preparaty przeciwmalaryczne, szeroko stosowane w leczeniu tocznia, mogą się bowiem przyczynić do nasilenia zmian skórnych w przebiegu łuszczycy, a leki blokujące TNF- α mogą indukować toczeń układowy. Fototerapia działa korzystnie u większości chorych na łuszczycę, nasila natomiast zmiany w przebiegu tocznia.

Kolejny wykład, dr Iwony Michalak z Łodzi, dotyczył przeciwciał przeciw lekom biologicznym. Prelegentka zwróciła uwagę, że u części chorych leczonych tą nowoczesną metodą utrzymuje się aktywny proces chorobowy lub następuje niewielka poprawa



Rycina 5. Rozbawione rezydentki z Olsztyna (Komitet Organizacyjny)

kliniczna. Wyniki wielośrodkowych badań wskazują na powiązanie tego zjawiska z powstawaniem autooprzeciwciał i przeciwciał przeciw lekowi biologicznemu, które jest mechanizmem złożonym i nie do końca poznanym. Podkreślono także, że wielu autorów proponuje monitorowanie stężenia leku i rutynowe badanie obecności tych przeciwciał w surowicy chorych, co pozwoliłoby na indywidualizację procesu leczenia, zastosowanie odpowiedniego leku w optymalnej dawce oraz ewentualne podanie leków immunosupresyjnych ograniczających ten proces (metotreksat, azatiopryna) lub zmianę terapii i w efekcie uzyskanie większej skuteczności leczenia.

Współwystępowanie łuszczycy i pemfigoidu pęcherzowego omówiła prof. Katarzyna Woźniak, podkreślając wielokrotnie większą częstość tego skojarzenia, niż należałoby oczekiwać przy przypadkowym współistnieniu obu jednostek chorobowych. Autorka przedstawiła hipotezę, które mogłyby wyjaśnić przyczynę tego zjawiska: w wyniku destrukcji lub zmian degeneracyjnych w obszarze komórek podstawnych pod wpływem terapii przeciwłuszczycowych (promieni UV, cygnoliny, dziegci) dochodzi do odsłonięcia antygenów BMZ, co u osób predysponowanych genetycznie prowadzi do immunizacji i produkcji swoistych autooprzeciwciał skierowanych przeciwko tym antygenom. Dystrybucja zmian pęcherzowych w obrębie zmian łuszczycowych, obserwowana u części pacjentów, może mieć natomiast związek z wtórną immunizacją i odsłanianiem antygenów BMZ wraz z ich ewolucją. Na podstawie danych z piśmiennictwa oraz doświadczeń własnych prelegentka określiła metotreksat jako lek z wyboru w przypadkach współistnienia pemfigoidu z łuszczycą.

Na zakończenie konferencji, w sesji „Szczególne lokalizacje łuszczycy” zostały zaprezentowane trzy bardzo interesujące wykłady. Pierwszy z nich, dotyczący łuszczycy paznokci, wygłosił prof. Romuald Maleszka, który poświęcił wiele uwagi jej leczeniu. Autor podkreślił, że niewątpliwym przełomem w leczeniu zmian łuszczycowych w paznokciach było

wprowadzenie do terapii łuszczycy leków biologicznych. Adalimumab, infliksymab, etanercept, golimumab i ustekinumab w sposób radykalny poprawiają stan kliniczny skóry i stawów u chorych na łuszczycę, dając jednocześnie w wielu przypadkach wręcz spektakularną poprawę zmienionych przez łuszczycę paznokci. Doktor hab. Małgorzata Olszewska z Warszawy omówiła problem łuszczycy owłosionej skóry głowy. Prelegentka przytoczyła dane epidemiologiczne, według których zajęcie skóry owłosionej głowy występuje u większości (50–80%) pacjentów z łuszczycą, a w około 25% przypadków skóra owłosiona głowy jest pierwszą lokalizacją choroby. Zwróciła uwagę na problem zwiększenia lub zmniejszenia gęstości włosów w przebiegu zmian łuszczycowych w obrębie owłosionej skóry głowy, jednocześnie zauważając, że łysienie obserwowane w przebiegu łuszczycy jest odwracalne, a w literaturze istnieją jedynie pojedyncze opisy przypadków łysienia bliznowaciejącego. Autorka podkreśliła rolę badania trichoskopowego (oceniającego przede wszystkim zmiany naczyniowe w obrębie skóry owłosionej głowy) w diagnostyce zmian łuszczycowych w tej lokalizacji. Przydatna do obiektywizacji oceny zmian dermoskopowych, szczególnie w niezbyt nasilonych postaciach łuszczycy, może być skala VSCAPSI (*Videodermoscopy Scalp Psoriasis Severity Index*). Ostatni wykład konferencji, dotyczący obrazu klinicznego, diagnostyki różnicowej oraz opcji terapeutycznych zmian na narządach płciowych, wygłosiła lek. Izabela Błażewicz z Gdańska. Prelegentka cytowała badania epidemiologiczne, które pokazują, że ta odmiana choroby może dotyczyć zarówno dzieci, jak i dorosłych oraz że częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet. Według autorów w diagnostyce różnicowej należy wziąć pod uwagę między innymi: łojotokowe zapalenie skóry, wyprysk oraz wyprzenia drożdżakowe. Na podstawie aktualnych danych z piśmiennictwa oraz doświadczeń własnych określono, że lekami pierwszego rzutu w łuszczycy zlokalizowanej w obrębie zewnętrznych narządów płciowych pozostają glikokortykosteroidy oraz pochodne witaminy D.

Po długich obradach odbywały się spotkania towarzyskie (ryc. 5).

Agata Maciejewska-Radomska
Natalia Zajęc
Agnieszka Owczarczyk-Saczonek
Waldemar Placek

Katedra i Klinika Dermatologii,
Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej
Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie
Uniwersytet Warmiński-Mazurski w Olsztynie