



**WAWDERM 2018**  
**WARSZAWSKIE**  
**DNI DERMATOLOGICZNE**

WARSZAWA  
4-6 PAŹDZIERNIKA 2018 r.



## PROGRAM

### CZWARTEK, 4 PAŹDZIERNIKA 2018 R.

- 13.00–15.30 **WARSZTATY I KURSY**
- 15.30–16.00 **PRZERWA NA KAWĘ**
- 16.00–17.20 **SESJA WPROWADZAJĄCA**
- 16.00–16.20 **Kiła wczesna – od diagnostyki do leczenia**  
prof. Anna Wojas-Pelc
- 16.20–16.35 **Toczeń podostry skórny – od diagnostyki do leczenia**  
prof. Anna Woźniacka
- 16.35–16.50 **Szczególne odmiany łuszczycy – znaczenie terapeutyczne sekukinumabu**  
prof. Jacek Szepietowski  
**GRANT NAUKOWY FIRMY NOVARTIS**
- 16.50–17.05 **Szczególne odmiany liszaja płaskiego**  
prof. Małgorzata Olszewska  
**DYSKUSJA**
- 17.20–18.00 **SESJA INTERDYSCYPLINARNA**
- 17.20–17.35 **Kawa, herbata, wino – okiem kardiologa 2018**  
prof. Krzysztof J. Filipiak
- 17.35–17.50 **Suplementy diety – dobrodziejstwo czy przekleństwo**  
prof. Małgorzata Kozłowska-Wojciechowska  
**DYSKUSJA**



### PIĄTEK, 5 PAŹDZIERNIKA 2018 R.

- 9.00–10.00 **PRZYPADKI KLINICZNE, CZ. 1**
- Szybko rosnąca postać mięsaka Kaposiego HHV-8 (+), CD31 (+), CD34 (+), D2-40 (+) u 83-letniej kobiety**  
lek. Maria Matejko, lek. Piotr Parcheta, prof. nadzw. Beata Kręcisz
- Liszaj płaski wysiewny u 6-letniego chłopca**  
lek. Paulina Szczepanik-Kułak, dr n. med. Bartłomiej Wawrzycki, prof. Dorota Krasowska
- Oparzenie chemiczne olejkami herbacianym powikłane bliznowcem**  
lek. Hanna Kowalska, dr hab. Jolanta Dorota Torzecka, prof. Elżbieta Waszczykowska, prof. Anna Woźniacka
- Autoimmunologiczny zespół niedoczynności wielogruczołowej typu 3 rozpoznany u 87-letniej pacjentki z wysiewem zmian typowych dla pokrzywki**  
lek. Magdalena Kutwin, prof. Anna Woźniacka, lek. Klaudia Orłowska-Orlik
- Manifestacje skórne przewlekłej choroby nerek w trakcie hemodializoterapii**  
dr n. med. Anna Ankudowicz, dr hab. Ewa Król
- Lentigo maligna – trudne zmiany barwnikowe twarzy na przykładzie czterech przypadków. Dlaczego diagnostyka i leczenie powinny odbywać się w ośrodku referencyjnym?**  
dr n. med. Joanna Czuwara, lek. Katarzyna Polak-Witka, lek. Małgorzata Maj, dr n. med. Olga Warszawik-Hendzel
- Przerzuty raka prostaty do skóry – obraz dermoskopowy**  
lek. Joanna Golińska, dr n. med. Marta Sar-Pomian
- Necrobiotic xanthogranuloma – obraz kliniczny, dermoskopowy i histopatologiczny**  
lek. Marta Makowska-Dudek, lek. Aleksandra Żerdzińska, lek. Monika Łukiewicz, dr n. med. Joanna Czuwara
- Pachydermoperiostoza jako rzadka przyczyna pałeczkowatości palców**  
lek. Anna Waśkiel, lek. Patrycja Gajda, lek. Agata Szykut-Badaczewska, dr n. med. Mariusz Sikora, dr hab. Adriana Rakowska
- Przypadek AGEP o prawdopodobnie wieloczynnikowej etiologii**  
lek. Małgorzata Maj, dr hab. Zbigniew Samochocki  
**DYSKUSJA**

- 10.00-11.20 CHOROBY ALERGICZNE**  
10.00-10.15 **Alergia okolicy anogenitalnej – od diagnostyki do leczenia**  
prof. Roman J. Nowicki
- 10.15-10.30 **Praca zawodowa i wyprysk kontaktowy. Jakich zawodów nie powinni wykonywać nasi pacjenci?**  
prof. nadzw. Beata Kręcisz
- 10.30-10.45 **Wyprysk kontaktowy powiek**  
prof. Barbara Zegarska
- 10.45-11.05 **Atopowe zapalenie skóry u dzieci i dorosłych – różne postępowanie, ale taki sam cel terapeutyczny**  
dr hab. Dorota Jenerowicz
- DYSKUSJA**
- 11.20-11.40 **PRZERWA NA KAWĘ**
- 11.40-13.30 NOWOTWORY**  
11.40-12.10 **YouDermoscopy**  
dr hab. Grażyna Kamińska-Winciorek
- 12.10-12.25 **Folikulotropowy ziarniniak grzybiasty – od diagnostyki do leczenia**  
prof. nadzw. Małgorzata Sokołowska-Wojdyło
- 12.25-12.40 **Zespół Sezary’ego – od rozpoznania do leczenia**  
dr hab. Alina Jankowska-Konsur
- 12.40-12.55 **Dermoskopia raka podstawnkomórkowego**  
dr hab. Grażyna Kamińska-Winciorek
- 12.55-13.10 **Czerniak skóry – postępowanie terapeutyczne**  
prof. Aleksandra Lesiak
- DYSKUSJA**
- 13.30-14.30 **PRZERWA NA LUNCH**
- 14.30-14.40 **WYSTĄPIENIE PREZESA EADV – prof. Carle Paul**
- 14.40-15.30 SESJA SPONSOROWANA: JAK SZYBKO OSIĄGNĄĆ CEL TERAPEUTYCZNY W ŁUSZCZYCY?**  
**Inhibitory IL-17 i ich rola w leczeniu chorób skóry**  
prof. Lidia Rudnicka  
**Evidence from clinical trials and clinical cases**  
prof. Carle Paul
- 15.30-16.30 CHOROBY INFEKCYJNE**  
15.30-15.45 **Grzybica paznokci – od diagnostyki do leczenia**  
prof. Zygmunt Adamski
- 15.45-16.00 **Rumień wędrujący, pseudochłoniak boreliozowy, zanikowe zapalenie skóry kończyn – od diagnostyki do leczenia**  
prof. Iwona Flisiak
- 16.00-16.15 **Świerzb i wszawica – od diagnostyki do leczenia**  
dr hab. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek
- DYSKUSJA**
- 16.30-16.50 **PRZERWA NA KAWĘ**
- 16.50-18.00 FARMAKOTERAPIA, CZ. 1**  
16.50-17.10 **Zastosowanie kwasu azelainowego w dermatologii**  
prof. Dorota Krasowska
- GRANT NAUKOWY FIRMY BAYER**



- 17.10–17.30 **Rola adalimumabu w terapii łuszczycy na podstawie danych z codziennej praktyki klinicznej**  
prof. Jacek Szepietowski  
**WYKŁAD SPONSOROWANY FIRMY ABBVIE**
- 17.30–17.45 **Farmakoterapia bielactwa**  
prof. nadzw. Rafał Czajkowski  
**DYSKUSJA**
- 18.00–19.00 **WARSZTATY**


**SOBOTA, 6 PAŹDZIERNIKA 2018 R.**

- 9.00–10.00 **PRZYPADKI KLINICZNE, CZ. 2**  
**Reakcja fototoksyczna po ekspozycji na słońce u pacjentki leczonej metodą PUVA z powodu łuszczycy**  
lek. Magdalena Salińska, dr hab. Jolanta Dorota Torzecka, prof. Elżbieta Waszczykowska, prof. Anna Woźniacka  
**Pęcherzyca IgA**  
lek. Hanna Kowalska, prof. Elżbieta Waszczykowska, prof. Anna Woźniacka  
**Rak sutka u pacjentki z twardziną układową – związek z profilem immunologicznym?**  
lek. Anna Stochmal, dr n. med. Marta Sar-Pomian, dr n. med. Mariusz Sikora, dr n. med. Joanna Czuwara  
**Acne inversa**  
lek. Kamila Tokarska, prof. Anna Woźniacka  
**Eozynofilowe zapalenie tkanki podskórnej w przebiegu ziarniniakowości z zapaleniem naczyń**  
lek. Monika Gieroń, dr n. med. Elżbieta Kłujso, prof. nadzw. Beata Kręcisz  
**Tuberculoid granuloma jako manifestacja sarkoidozy układowej**  
lek. Aleksandra Wielgoś, dr n. med. Mariusz Sikora, dr n. med. Joanna Czuwara, dr Alicja Kryst, lek. Joanna Golińska, lek. Marek Opala, dr hab. Zbigniew Samochocki  
**Choroba Haileya-Haileya, obraz dermoskopowy**  
lek. Danuta Fedorczyk, lek. Rafał Dobosz, lek. Anna Skrok  
**Twardzina linijna typu *en coup de sabre* o nietypowej lokalizacji**  
lek. Martyna Sztrajch  
**Ogniska łysienia jako pierwszy objaw wznowy raka sutka?**  
lek. Patrycja Gajda, dr hab. Adriana Rakowska, dr n. med. Joanna Czuwara, dr hab. Zbigniew Samochocki  
**Grudkowe zmiany twarzy typowe dla łysienia czołowego bliznowaciejącego bez cech łysienia brwi i włosów skóry owłosionej**  
dr n. med. Justyna Sicińska, dr n. med. Joanna Czuwara, dr hab. Irena Walecka  
**DYSKUSJA**
- 10.00–11.05 **CHOROBY DZIECI I NIE TYLKO**
- 10.00–10.15 **Ziarniniak obrączkowy u dzieci**  
prof. Grażyna Chodorowska
- 10.15–10.30 **Jak skutecznie i bezpiecznie stosować miejscowo glikokortykosteroidy u dzieci?**  
dr hab. Zbigniew Samochocki
- 10.30–10.45 **Mastocytoza w wyniku histopatologicznym skóry. Co robić?**  
dr hab. Magdalena Lange
- 10.45–11.00 **Jak rozpoznać pęcherzowe oddzielenie się naskórka?**  
prof. Cezary Kowalewski  
**DYSKUSJA**
- 11.05–11.20 **PRZERWA NA KAWĘ**

- 11.20-12.00 **SESJA SPONSOROWANA: LECZENIE MIEJSCOWE ŁUSZCZYCY DZIŚ I JUTRO**  
11.20-11.37 **Pacjent chory na łuszczycę łagodną – łatwe czy trudne leczenie?**  
dr hab. Agnieszka Osmola-Mańkowska
- 11.37-11.54 **Nowe metody leczenia miejscowego łuszczycy**  
prof. Małgorzata Olszewska
- DYSKUSJA**
- 12.00-13.40 **FARMAKOTERAPIA, CZ. 2**  
12.00-12.20 **Inhibitory IL-23 – nowa jakość w leczeniu łuszczycy**  
prof. Joanna Narbutt
- 12.20-12.35 **Farmakoterapia kłykcin kończystych**  
prof. Sławomir Majewski
- 12.35-12.50 **Terapia fotodynamiczna raka podstawnokomórkowego w warunkach prywatnego gabinetu dermatologicznego**  
prof. Andrzej Kaszuba
- 12.50-13.10 **Sulodeksyd. Niewykorzystany potencjał w dermatologii?**  
prof. Dorota Krasowska
- 13.10-13.30 **Leki recepturowe w dermatologii**  
dr n. med. Andrzej Jaworek
- DYSKUSJA**
- 13.40-14.15 **PRZERWA NA LUNCH**
- 14.15-15.15 **TRĄDZIK**  
14.15-14.30 **Leczenie ogólne trądziku. Kiedy i jak?**  
dr hab. Wioletta Barańska-Rybak
- 14.30-14.45 **Nowe aspekty w podejściu do leczenia i pielęgnacji w trądziku – mikrobiom w trądziku**  
dr n. med. Joanna Czuwara
- 14.45-15.00 **Co dalej po izotretynoinie? Modele terapii podtrzymujących**  
dr n. med. Ewa Chlebus
- DYSKUSJA**
- 15.15-16.15 **FARMAKOTERAPIA, CZ. 3**  
15.15-15.30 **Objaw Raynauda – od diagnostyki do leczenia**  
prof. Lidia Rudnicka
- 15.30-15.45 **Leczenie pęcherzycy rytuksymabem i zasady refundacji**  
dr n. med. Mariusz Sikora
- 15.45-16.00 **Farmakoterapia *hidradenitis suppurativa***  
dr hab. Łukasz Matusiak
- 16.00-16.15 **Doogniskowe iniekcje triamcynolonu w dermatologii**  
dr n. med. Marta Sar-Pomian
- 16.15-16.30 **PRZERWA NA KAWĘ**
- 16.30-17.45 **WŁOSY I PAZNOKCIE**  
16.30-16.45 **Kliniczne obrazy zmian paznokciowych w praktyce dermatologicznej**  
prof. Romuald Maleszka
- 16.45-17.00 **Makijaż permanentny w łysieniu – punkt widzenia dermatologa**  
dr hab. Irena Walecka
- 17.00-17.15 **Łysienie czołowe bliznowaciejące – od rozpoznania do leczenia**  
dr hab. Anna Lis-Święty
- 17.15-17.30 **Łysienie androgenowe kobiet – od rozpoznania do leczenia**  
dr hab. Adriana Rakowska
- DYSKUSJA**
- 17.45 **ZAKOŃCZENIE**

# Streszczenia

Prezentacje ustne





## Szybko rosnąca postać mięsaka Kaposiego HHV-8 (+), CD31 (+), CD34 (+), D2-40 (+) u 83-letniej kobiety

Maria Matejko, Piotr Parcheta, Beata Kręcisz

Klinika Dermatologii, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

**Wprowadzenie.** Mięsak Kaposiego (KS) to nowotwór angioproliferacyjny związany z zakażeniem wirusem HHV-8. Wyróżnia się cztery podtypy, z czego jednym jest tzw. klasyczna forma KS, występująca najczęściej u starszych mężczyzn pochodzenia śródziemnoeuropejskiego.

**Opis przypadku.** Kobieta, lat 83, przyjęta do Kliniki z powodu zmian w postaci sinofioletowych, miękkich guzów o rozmiarze od 0,5 do 10 cm ze współistniejącymi zmianami rumieniowo-naciekowymi na obu podudziach. Pierwsze pojedyncze guzki pojawiły się kilka miesięcy przed hospitalizacją i ulegały szybkiemu rozrostowi. Ze względu na charakter zmian oraz obraz dermatoskopowy wysunięto podejrzenie KS. W badaniach dodatkowych (RTG klatki piersiowej, USG Doppler żył kończyn dolnych, USG jamy brzusznej, przeciwciała anti-HIV, podstawowe badania laboratoryjne) nie stwierdzono istotnych odchyleń. Pobrano wycinek do badania histopatologicznego. Otrzymano rozpoznanie – *Kaposi sarcoma* o immunohistochemii: HHV-8 (+), CD31 (+), CD34 (+), D2-40 (+). Chorą skierowano do Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w celu dalszego leczenia. Pacjentka została zakwalifikowana do radioterapii i otrzymała cztery frakcje leczenia wiązką fotonową X wg planu leczenia 3D z dobrą tolerancją. Uzyskano znaczną redukcję masy guza. Obecnie jest pod stałą kontrolą w Zakładzie Radioterapii oraz w Klinice Dermatologii. Planowane są kolejne sekwencje naświetlań.

**Wnioski.** Tak zwana klasyczna forma mięsaka Kaposiego u kobiet jest rzadko obserwowana. Mimo szybkiego procesu rozrostowego włączenie radioterapii celowanej umożliwiło uzyskanie poprawy klinicznej.

**Słowa kluczowe:** mięsak Kaposiego, szybko rosnące guzki, radioterapia.

## Liszaj płaski wysiewny u 6-letniego chłopca

Paulina Szczepanik-Kuśak, Bartłomiej Wawrzycki, Dorota Krasowska

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie

**Wprowadzenie.** Liszaj płaski (LP) należy do grupy nieinfekcyjnych, przewlekłych chorób zapalnych przebiegających ze świądem, o charakterystycznym obrazie kliniczno-histopatologicznym. Zajmuje skórę, błony śluzowe oraz paznokcie, a etiologia choroby wciąż nie została w pełni poznana. Częstość występowania tej dermatozy ocenia się na 0,5–2,0% z niewielką dominacją płci żeńskiej, a średni wiek pojawienia się pierwszych objawów to ok. 40. rok życia. Liszaj płaski u dzieci jest spotykany bardzo rzadko – ok. 2–3% wszystkich rozpoznawanych przypadków dotyczy osób przed 20. rokiem życia, a dostępne dane w piśmiennictwie częściej dotyczą dzieci zamieszkujące kontynent azjatycki. Większość rekomendacji terapeutycznych dotyczących LP ma charakter empiryczny i opiera się na leczeniu objawowym.

**Cel pracy.** Przedstawienie przypadku LP u 6-letniego chłopca.

**Opis przypadku.** Pacjent, lat 6, został przyjęty w trybie pilnym do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej w Lublinie z powodu utrzymujących się od około miesiąca grudkowych zmian skórnych, którym towarzyszył bardzo intensywny świąd. W wywiadzie osobniczym chłopca stwierdzono atopowe zapalenie skóry, obecnie w okresie remisji. W chwili przyjęcia do Kliniki w obrębie tułowia, kończyn i worka mosznowego obserwowano liczne, wieloboczne, połyskujące, sinofioletowe grudki, miejscami zlewające się w większe wykwitki, z obecną na ich powierzchni delikatną siateczką Wickhama, a także linijne nadżerki pokryte strupem. Ponadto stwierdzono dodatni objaw Koebnera. Nie zaobserwowano zmian chorobowych na twarzy i błonach śluzowych jamy ustnej. Obraz histopatologiczny wycinka skóry poślodka potwierdził rozpoznanie LP. W leczeniu zastosowano steroidoterapię systemową (prednizon w dawce 1 mg/kg m.c./dobę *p.o.* z tendencją do redukcji dawki), zabiegi fototerapii UVB 311 nm i miejscowe preparaty steroidowe, uzyskując bardzo szybką miejscową poprawę kliniczną, a także ustąpienie świądu i zaburzeń snu.

**Wnioski.** Ze względu na fakt, że LP u dzieci stwierdza się wyjątkowo rzadko, opisywany przypadek może być cenną wskazówką w diagnostyce zmian skórnych z towarzyszącym świądem u dzieci.

**Słowa kluczowe:** liszaj płaski, *lichen planus*, dziecko.

## Oparzenie chemiczne olejkiem herbacianym powikłane bliznowcem

Hanna Kowalska, Jolanta Dorota Torzecka,  
Elżbieta Waszczykowska, Anna Woźniacka

Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny  
w Łodzi

**Wprowadzenie.** Olejek herbaciany (*Tea Tree Oil*) pozyskiwany z drzewa *Melaleuca alternifolia* jest szeroko stosowanym środkiem kosmetycznym do leczenia grzybicy, nużeńca, łagodnych zmian trądzikowych i przewlekłych zmian rumieniowych ze względu na działanie przeciwdrobnoustrojowe i łatwą dostępność na rynku.

**Opis przypadku.** Pacjentka 34-letnia hospitalizowana w Klinice Dermatologii i Wenerologii w Łodzi w lutym 2018 r. z powodu oparzenia IIa/IIb w obrębie skóry policzka i przedramienia. Zmiany wystąpiły po miejscowej aplikacji stężonego olejku herbacianego. Po nocnej ekspozycji na skórze pojawił się odczyn pęcherzowy w obu lokalizacjach. U pacjentki stosowano okłady z kwasu bornego, maści zawierające glikokortykosteroidy i gentamycynę oraz Argosulfan. Pacjentka po 2 miesiącach zgłosiła się na kontrolę do poradni dermatologicznej. Na skórze policzka zaobserwowano bliznowiec przekraczający granicę rany o wybujałych brzegach. Zalecono Contractubex. Pacjentka do tej pory nie zgłosiła się na dalszą kontrolę.

**Wnioski.** Prawidłowy proces gojenia obejmuje proces zapalny, następnie ziarninowanie oraz przebudowę. Proces ten trwa ok. 7–10 dni. U pacjentki doszło z nieznanymi przyczynami do nieprawidłowego procesu gojenia z wytworzeniem bliznowca. W wywiadzie nie stwierdzono podobnych zaburzeń. Dalszą metodą leczenia może być ostrzykiwanie blizny triamcynolonem, laseroterapia laserem CO<sub>2</sub> lub krioterapia.

**Słowa kluczowe:** bliznowiec, keloid, oparzenie, olejek herbaciany.

## Autoimmunologiczny zespół niedoczynności wielogruzołowej typu 3 rozpoznany u 87-letniej pacjentki z wysiewem zmian typowych dla pokrzywki

Magdalena Kutwin, Anna Woźniacka,  
Klaudia Orłowska-Orlik

Katedra i Klinika Dermatologii i Wenerologii, USK im. WAM  
– Centralny Szpital Weteranów, Uniwersytet Medyczny  
w Łodzi

**Wprowadzenie.** Autoimmunologiczne zespoły niedoczynności wielogruzołowej (*autoimmune polyendocrine syndromes* – APSs) to grupa chorób o zróżnicowanym obrazie klinicznym, ale o wspólnej etiologii związanej z mechanizmami autoreaktywnymi. Ze względu na różnorodność objawów wyodrębniono cztery podstawowe typy schorzenia. Jeden z nich – APS typu 3, obejmuje współwystępowanie autoimmunologicznej choroby tarczycy z co najmniej jednym z poniższych schorzeń: cukrzycą typu 1, bielactwem, łysieniem plackowatym, przewlekłym zanikowym zapaleniem błony śluzowej żołądka, miastenią.

**Opis przypadku.** Pacjentka, lat 87, została przyjęta do Kliniki Dermatologii i Wenerologii w celu ustalenia przyczyny oraz modyfikacji leczenia pokrzywki przewlekłej. Przedmiotowo, oprócz mnogich, rozsianych bąbli pokrzywkowych, stwierdzono zmiany depigmentacyjne obejmujące ok. 98% powierzchni ciała oraz ogniska łysienia plackowatego na skórze owłosionej głowy. Ponadto potwierdzono istniejącą od wielu lat niedokrwistość złośliwą i niedoczynność tarczycy. U chorej rozpoznano APS-3.

**Wnioski.** Umiejętność diagnozowania APS ma nie tylko wartość poznawczą, lecz także umożliwia prawidłowe monitorowanie chorych, wcześniejsze rozpoznawanie schorzenia oraz leczenie współistniejących chorób autoimmunizacyjnych występujących również u członków ich rodzin.

**Słowa kluczowe:** autoimmunologiczny zespół niedoczynności wielogruzołowej, *autoimmune polyendocrine syndrome* (APS), pokrzywka przewlekła.

## Manifestacje skórne przewlekłej choroby nerek w trakcie hemodializoterapii

Anna Ankudowicz<sup>1</sup>, Ewa Król<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu

<sup>2</sup>Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Gdański Uniwersytet Medyczny

**Wprowadzenie.** Pacjenci w trakcie hemodializoterapii (HD) są potencjalnymi biorcami przeszczepów i w związku z większym ryzykiem występowania u nich nowotworów skóry i chorób infekcyjnych po transplantacji wymagają dokładnego badania dermatologicznego skóry, dermoskopii oraz edukacji w zakresie czynników kancerogenezy oraz fotoprotekcji.

**Opis przypadku.** Badanie obejmowało 105 chorych (57 mężczyzn, 48 kobiet) leczonych nerkozastępczo hemodializą w wieku średnio 60,8 roku (25–94 lat). W badanej grupie przeprowadzono pełne badanie dermatologiczne i dermatoskopowe skóry. Porównywano występowanie zmian skórnych w dwóch grupach – pacjentów HD niebędących na liście oczekujących na przeszczep ( $n = 89$ ) i pacjentów HD aktywnych na liście oczekujących na transplantację nerki ( $n = 16$ ). Infekcje bakteryjne, grzybicze i wirusowe w pierwszej grupie wystąpiły odpowiednio u 24,7%, 14,6% i 6,7% badanych. Spośród chorych będących na liście oczekujących na przeszczep u 12,5% obserwowano infekcje bakteryjne, nie stwierdzono natomiast infekcji grzybiczych i wirusowych. Nowotwory skóry i stany przednowotworowe, takie jak rak podstawnkomórkowy i rogowacenie słoneczne, wystąpiły odpowiednio u 4,5% i 3,4% chorych niebędących na liście do przeszczepu. Zmiany te nie pojawiły się u pacjentów HD aktywnych na liście do przeszczepu. Wyniki te wskazują na właściwą kwalifikację chorych do transplantacji narządów. W badanej grupie leczenia dermatologicznego wymagało 67,4% pacjentów z pierwszej grupy i tylko 12,5% chorych z drugiej grupy.

**Wnioski.** Specjalistyczna opieka dermatologiczna jest niezbędna u pacjentów leczonych nerkozastępczo, zwłaszcza wśród potencjalnych biorców przeszczepionych narządów. Część zmian skórnych wcześniej zdiagnozowanych i leczonych może zapobiec rozwinięciu się zmian nowotworowych skóry po transplantacji.

**Słowa kluczowe:** zmiany skórne, nowotwory skóry, hemodializa.

## *Lentigo maligna* – trudne zmiany barwnikowe twarzy na przykładzie czterech przypadków. Dlaczego diagnostyka i leczenie powinny odbywać się w ośrodku referencyjnym?

Joanna Czuwara, Katarzyna Polak-Witka, Małgorzata Maj, Olga Warszawik-Hendzel

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Wprowadzenie.** *Lentigo maligna* to czerniak *in situ* powstały na uszkodzonej słońcem skórze, najczęściej twarzy, o powolnym przebiegu, z obecnością dużych, atypowych melanocytów układających się linijnie w warstwie łączącej naskórka. Diagnostyka wczesnych zmian *lentigo maligna* jest trudna dermoskopowo i histologicznie, ponieważ melanocyty utkane są pomiędzy keratynocytami w zanikowym naskórku i mają różnie wyrażone cechy atypii, konfluencji oraz zawartość melaniny. Do rozpoznania *lentigo maligna* i stopnia jego zaawansowania potrzebna jest wiedza oraz doświadczenie klinicysty i patomorfologa.

**Opisy przypadków.** Opis przypadku 1. Pacjentka 87-letnia ze zmianą barwnikową o wielkości 1 × 2 cm nad lewą brwią o nieregularnych strukturach barwy szarej, której przypadek zdiagnozowano w klinice jako *lentigo maligna*, po leczeniu chirurgicznym; od 3 lat pozostaje pod regularną kontrolą. Opis przypadku 2. Mężczyzna 79-letni z nieregularną zmianą barwnikową o wielkości 3 × 4 cm o barwie czarno-szarej obejmującą mieszki włosowe i tworzącą struktury romboidalne w dermoskopii na policzku lewym został skierowany do poradni chirurgicznej z dermoskopowym rozpoznaniem *lentigo maligna*. W wyniku diagnostycznym w innym ośrodku nie stwierdzono melanocytów i chirurg odstąpił od wycięcia. Opis przypadku 3. Pacjentka 72-letnia z nieregularną zmianą barwnikową pod lewym okiem o wielkości 1 × 1 cm barwy brązowo-szarej ocenioną w biopsji diagnostycznej jako rak podstawnkomórkowy niezgodnie z obrazem klinicznym. Po konsultacji dermatopatologicznej rozpoznano lentiginálną hiperplazję atypowych melanocytów i zastosowano leczenie imikwimodem z dobrym efektem klinicznym. Opis przypadku 4. Pacjent 26-letni z fototypem skóry V, nieregularną zmianą barwnikową o wielkości 2 × 3 cm barwy czarnoniebieskiej i strukturami romboidalnymi, zatarciem i wypełnieniem ujść mieszków włosowych z rozproszonymi szarymi ziarnami w dermoskopii. Zmiana o cechach *lentigo melanoma* w dermoskopii w biopsji diagnostycznej miała cechy

*lichen planus like keratosis* z licznymi melanofagami w skórze właściwej. Odstąpiono od wycięcia chirurgicznego i zalecono leczenie miejscowe.

**Wnioski.** Wybrane przypadki zmian barwnikowych na twarzy wykazały konieczność współpracy interdyscyplinarnej klinicysty, dermoskopisty, patologa i chirurga w celu uzyskania wiarygodnej diagnozy i wyboru najlepszej opcji leczniczej. Z doświadczenia własnego wynika, że w przypadku *lentigo maligna* najlepiej sprawdzają się ośrodki z takim współpracującym zespołem.

**Słowa kluczowe:** *lentigo maligna*, melanoma, transformacja melanocytów, dermoskopia.

---

## Przerzuty raka prostaty do skóry – obraz dermoskopowy

Joanna Golińska, Marta Sar-Pomian

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Wprowadzenie.** Gruczolakorak prostaty jest drugim co do częstości występowania nowotworem złośliwym u mężczyzn na świecie. Przerzuty do skóry obserwuje się u 0,06–0,36% pacjentów. W dotychczasowej literaturze nie opisano obrazu dermoskopowego przerzutów raka prostaty.

**Opis przypadku.** Pacjent 78-letni zgłosił się do Kliniki z powodu występujących od ok. 1 miesiąca jednostronnych, sinawo-czerwonych ognisk naciekowych oraz rumieniowo-guzkowych zmian na skórze prawego podbrzusza, prawej pachwiny, prawego uda oraz prawej strony moszny z towarzyszącym umiarkowanym świądem oraz uczuciem rozpierania skóry od wewnątrz. W badaniu wideodermoskopowym (Fotofinder Medicam 1000, Bad Birnbach, Niemcy) zmian guzkowych stwierdzono białawe linie formujące siatkę na żółtawym tle; w 10-krotnym powiększeniu uwidoczniono naczynia typu kropek otoczone białym halo ułożone linijnie, a w 70-krotnym powiększeniu – naczynia przecinki oraz naczynia serpentynowate. Ponadto na obwodzie guzków stwierdzono naczynia rozgałęzione oraz linijne. Na podstawie obrazu klinicznego, dermoskopowego oraz wywiadu rozpoznania przed 7 laty gruczolaka prostaty (7 pkt (3 + 4) w skali Gleasona) i przed 3 miesiącami ognisk przerzutowych do kręgu Th11 wysunięto podejrzenie przerzutów nowotworu do skóry. W badaniu histologicznym wycinków ze zmian guzkowych podbrzusza oraz uda stwier-

dzono obecność słabo zróżnicowanych komórek nabłonkowych formujących cewki oraz naciekających naczyń i nerwy, co potwierdziło rozpoznanie przerzutów raka prostaty do skóry.

**Wnioski.** W prezentowanym przypadku w obrazie wideodermoskopowym przerzutów raka prostaty stwierdzono obecność białawej siatki na żółtawym tle oraz struktur naczyniowych. W 10-krotnym powiększeniu zobrazowano naczynia typu kropek o układzie linijnym, otoczone białym halo, a w 70-krotnym powiększeniu odpowiadające im naczynia typu przecinków i naczynia serpentynowate. Dermoskopia może być przydatna we wstępnej diagnostyce przerzutów raka prostaty do skóry.

**Słowa kluczowe:** dermoskopia, przerzuty, rak prostaty.

---

## Necrobiotic xanthogranuloma – obraz kliniczny, dermoskopowy i histopatologiczny

Marta Makowska-Dudek<sup>1</sup>, Aleksandra Żerdzińska<sup>2</sup>, Monika Łukiewicz<sup>1</sup>, Joanna Czuwara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup>Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii, Szpital Specjalistyczny w Zabrze

**Wprowadzenie.** *Necrobiotic xanthogranuloma* jest rzadką, przewlekłą chorobą skóry, charakteryzującą się występowaniem żółtobrazowych, guzkowych i naciekowych zmian, najczęściej na twarzy w okolicy oczodołowej, szyi i górnej części tułowia. Etiologia choroby jest nieznana, jednak często współistnieje z gammapatiami monoklonalnymi. Ze względu na rzadkie występowanie *necrobiotic xanthogranuloma* może sprawiać trudności diagnostyczne. Diagnostyka różnicowa obejmuje choroby ziarniniakowe skóry, m.in. obumieranie tłuszczowate, sarkoidozę, ziarniniaka twarzy, ziarniniaka obrączkowatego, *actinic granuloma*, *xanthogranuloma* i *xanthelasma*. Podstawą rozpoznania jest obraz histopatologiczny, w którym stwierdza się głębokie zapalenie ziarniniakowe skóry z ogniskami martwicy kolagenu z obecnością komórek piankowatych, komórek Toutona i szczelin cholesterolowych.

**Cel pracy.** Przedstawienie obrazu klinicznego, dermoskopowego i histopatologicznego dwóch pacjentek z tą rzadką jednostką chorobową.

**Opisy przypadków.** Opis przypadku 1. Pacjentka 65-letnia ze zmianami naciekowymi i guzkowymi

mi barwy żółtobrazowej na twarzy, szyi i ramionach obecnymi od 2012 r. W 2013 r. rozpoznano gammapatię monoklonalną typu IgGκ. W badaniu dermoskopowym stwierdzono dobrze odgraniczone, wielokątne, żółto-pomarańczowe struktury z różowymi lub sinofioletowymi otoczkami charakterystyczne dla ziarniniakowych chorób skóry. W badaniu histopatologicznym wykazano obraz odpowiadający *necrobiotic xanthogranuloma*. Opis przypadku 2. Pacjentka 70-letnia z dwuletnim wywiadem zmian skórnych naciekowo-guzkowych na twarzy i okolicy obojczykowej. W badaniach dodatkowych stwierdzono obecność białka monoklonalnego klasy IgG typu κ w krwi i moczu – pacjentka jest w trakcie diagnostyki hematologicznej. W badaniu dermoskopowym uwidoczniono żółtobrazowe, wielokątne struktury otoczone poszerzonymi, linijnymi i rozgałęzionymi naczyniami na różowo-czerwonym tle. W badaniu histopatologicznym opisano zapalny proces ziarniniakowy złożony z komórek piankowatych, komórek Tautona, komórek olbrzymich wielojądrowych i limfocytów.

**Wnioski.** *Necrobiotic xanthogranuloma* często jest pomijana w diagnostyce różnicowej z powodu rzadkiego występowania. Rozpoznanie i znajomość charakterystycznego obrazu histologicznego jest istotna z powodu konieczności uzupełniającej diagnostyki hematologicznej w kierunku gammapatii monoklonalnych. Po raz pierwszy prezentowane badanie dermoskopowe może dostarczyć istotnych wskazówek w diagnostyce różnicowej tej choroby ziarniniakowej.

**Słowa kluczowe:** *necrobiotic xanthogranuloma*, dermoskopia, gammapatia monoklonalna.

należy uwzględnić wtórne postacie osteoartropatii przerostowej, związane między innymi z chorobami nowotworowymi, włóknieniem płuc, wrodzonymi wadami serca, marskością wątroby czy nieswoistymi chorobami jelit.

**Opis przypadku.** Pacjentka 50-letnia, z występującą od 30 lat pałeczkowatością palców, bólami stawów palców rąk oraz nadpotliwością dłoni i stóp została przyjęta do Kliniki Dermatologicznej w celu diagnostyki. Wywiad rodzinny w kierunku pachydermoperiostozy był ujemny. W badaniu przedmiotowym stwierdzono pałeczkowatość palców rąk i stóp oraz rumień okołopaznokciowy. Ponadto uwidoczniono dystalną onycholizę oraz hiperkeratozę podpaznokciową. W badaniu RTG rąk stwierdzono osteolizę dystalnych paliczków oraz obrzęk tkanek miękkich palców. Wynik badania mikologicznego był ujemny. Wykluczono wtórne przyczyny osteoartropatii przerostowej. W badaniach laboratoryjnych (morfologia, elektrolity, kreatynina, mocznik, aminotransferaza alaninowa i asparaginianowa, γ-glutamylotranspeptydaza, badanie ogólne moczu) nie stwierdzono istotnych odchyień od normy. W badaniu RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej nie wykazano nieprawidłowości. Na podstawie obrazu klinicznego oraz wyników badań obrazowych rozpoznano pachydermoperiostozę. W leczeniu zastosowano sulodeksyd (początkowo dożylnie w dawce 600 LSU/dobę, a następnie doustnie w dawce 2 × 250 LSU/dobę), uzyskując zmniejszenie dolegliwości bólowych stawów.

**Wnioski.** Pachydermoperiostozę należy do rzadkich przyczyn pałeczkowatości palców. Rozpoznanie tej jednostki chorobowej powinno być ustalane po wykluczeniu wtórnych przyczyn osteoartropatii przerostowej.

**Słowa kluczowe:** pachydermoperiostozę, pałeczkowatość palców, pierwotna osteoartropatia przerostowa.

## Pachydermoperiostozę jako rzadka przyczyna pałeczkowatości palców

Anna Waśkiel, Patrycja Gajda,  
Agata Szykut-Badaczewska, Mariusz Sikora,  
Adriana Rakowska

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Wprowadzenie.** Pachydermoperiostozę (pierwotna osteoartropatia przerostowa) należy do rzadkich chorób genetycznych. Po raz pierwszy została opisana przez Friedreicha w 1868 r. Pachydermoperiostozę charakteryzuje triada objawów: pałeczkowatość palców, pachydermia oraz przewlekłe zapalenie okostnej kości długich. W diagnostyce różnicowej

## Przypadek AGEP o prawdopodobnie wieloczynnikowej etiologii

Małgorzata Maj, Zbigniew Samochocki

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Wprowadzenie.** Ostra uogólniona osutka krostkowa (*acute generalized eczematous pustulosis* – AGEP) występuje z częstością 1–5 przypadków/1 mln

rocznie. Etiopatogeneza AGEP nie została dotychczas ostatecznie poznana, postulowany jest typ IV nadwrażliwości wg Gella i Coombsa – podtyp IVd. AGEP charakteryzuje się nagłym występowaniem uogólnionej osutki krostkowej na podłożu rumieniowym z gorączką, leukocytozą, obrzękami twarzy i rąk, która pojawia się w czasie 12–24 godzin (maksymalnie do kilkunastu dni) od zadziałania czynnika sprawczego. Poprawa kliniczna następuje zwykle w ciągu 10–28 dni po odstawieniu czynnika wywołującego. AGEP występuje najczęściej po lekach. Innymi czynnikami etiologicznymi mogą być infekcje, PUVA, ukąszenia przez owady, kontrast stosowany w badaniach radiologicznych i środki spożywcze. W ok. 5% przypadków nie można określić etiologii choroby. Rozpoznanie ustala się na podstawie kryteriów opracowanych przez EuroSCAR Project obejmujących wywiad, obraz kliniczny oraz wynik badania histopatologicznego.

**Opis przypadku.** Pacjentka 42-letnia z alergicznym nieżytem nosa, nadciśnieniem tętniczym i otłoczną była hospitalizowana w Klinice Dermatologicznej z powodu obecnej od 3 tygodni osutki krostkowej na podłożu rumieniowym obejmującej ok. 70–80% powierzchni ciała, której towarzyszyły pieczenie skóry, silne bóle głowy, gorączka (temp. 38°C), dreszcze, obrzęk, opadanie powieki górnej oka lewego oraz brak reakcji źrenicy na światło. Około 5 tygodni przed hospitalizacją w rejonie zamieszkania wykonano sezonowe opryski roślinności, a 2 tygodnie wcześniej pacjentka była leczona z powodu infekcji układu oddechowego cyprofloksacyną, paracetamolem, deksametozonem i pseudoefedryną. Pacjentka spełniła kryteria rozpoznania AGEP wg EuroSCAR Project – 10 pkt. Po leczeniu cyklosporyną A i zewnętrznie maścią z hydrokortyzonem uzyskano ustąpienie zmian skórnych. W badaniu CT głowy stwierdzono makrogruczolaka w postaci prolaktinoma, w którego terapii po konsultacji endokrynologicznej i neurochirurgicznej zastosowano bromokryptynę. Po ok. 2–3 miesiącach od wystąpienia pierwszego epizodu AGEP pacjentka była ponownie hospitalizowana z powodu AGEP po zastosowaniu leków przeciwbólowych z powodu bólów głowy. Po parenteralnej glikokortykosteroidoterapii (GKS) uzyskano rezolucję zmian skórnych. Trzeci epizod AGEP wystąpił po około pół roku od pierwszego i miał związek z badaniem MRI głowy z kontrastem. Po zastosowaniu GKS uzyskano szybką poprawę. Od około 2 lat pacjentka nie miała nawrotów AGEP.

**Wnioski.** AGEP jest dermatozą najczęściej polekową, charakteryzującą się nagłym wysiewem drobnych krostek, którym często towarzyszy gorączka i neutrofilia krwi obwodowej. Rozpoznanie choroby ustala się na podstawie kryteriów klinicznych, laboratoryjnych i histopatologicznych. W postępowaniu

terapeutycznym kluczowe jest zidentyfikowanie i wyeliminowanie czynnika wywołującego chorobę.

**Słowa kluczowe:** AGEP, ostra uogólniona osutka krostkowa.

---

## Reakcja fototoksyczna po ekspozycji na słońce u pacjentki leczonej metodą PUVA z powodu łuszczycy

Magdalena Salińska, Jolanta Dorota Torzecka,  
Elżbieta Waszczykowska, Anna Woźniacka

Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny  
w Łodzi

**Wprowadzenie.** Dodatkowa ekspozycja na słońce w trakcie leczenia PUVA-terapią może wywołać ostry odczyn oparzeniowy.

**Opis przypadku.** Pacjentka, lat 42, została przyjęta do Kliniki Dermatologii i Wenerologii w Łodzi w trybie nagłym z powodu rozległych zmian rumieniowo-pęcherzowych na skórze kończyn dolnych, którym towarzyszył świąd i pieczenie skóry. W wywiadzie stwierdzono łuszczycę lezoną ostatnio metodą PUVA (4 tabletki Oxsoralenu + UVA), nadciśnienie tętnicze i nikotynizm. W badaniu przedmiotowym obserwowano rozległe pęcherze na bocznych powierzchniach ud i grzbietach stóp o średnicy 1–5 cm, wypełnione treścią surowiczą, ponadto zlewne zmiany rumieniowe oraz nasilone obrzęki podudzi i grzbietów stóp. Na kończynach górnych, dolnych i brzuchu obecne były tarczki o średnicy 1–2 cm pokryte niewielką liczbą łuski. Skóra całego ciała była intensywnie opalona. W badaniach laboratoryjnych wykazano podwyższone parametry stanu zapalnego (WBC, CRP, OB) oraz glikemii. Rozpoznano ostrą reakcję fototoksyczną i zastosowano ogólnie glikokortykosteroidy, leki przeciwhistaminowe, antybiotyk, leki hipotensyjne oraz leczenie miejscowe. Ze względu na pojawiające się nowe pęcherze w pierwszych dniach hospitalizacji wykonano również badania immunologiczne (DIF i IIF), których ujemne wyniki wykluczyły rozpoznanie pemfigoidu i pęcherzycy. W wyniku zastosowanego leczenia ogólnego i miejscowego uzyskano stopniową poprawę kliniczną – zahamowanie wysiewu nowych pęcherzy, gojenie nadżerek, zmniejszenie obrzęków, normalizację parametrów laboratoryjnych. Pacjentka przed zakończeniem leczenia została wypisana do domu na własne żądanie.

**Wnioski.** Ostry odczyn oparzeniowy jest częstym działaniem niepożądanym podczas stosowania terapii metodą PUVA. Należy zwracać szczególną uwagę na edukację pacjenta w zakresie unikania dodatkowych ekspozycji na promieniowanie słoneczne w trakcie tego leczenia.

**Słowa kluczowe:** PUVA, oparzenie, reakcja fototoksyczna, łuszczycyca.

## Pęcherzyca IgA

Hanna Kowalska, Elżbieta Waszczykowska,  
Anna Woźniacka

Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny  
w Łodzi

**Wprowadzenie.** Pęcherzyca IgA to autoimmunologiczna dermatoza pęcherzowa o łagodnym, przewlekłym przebiegu, która po raz pierwszy została opisana w 1982 r. Stwierdza się ją nieco częściej u kobiet. Może występować w dwóch postaciach klinicznych – typ podrogowej dermatozy krostkowej oraz typ śródskórkowy neutrofilowy.

**Opis przypadku.** Pacjentka 66-letnia hospitalizowana w Klinice Dermatologii w Łodzi w 2016 r. z powodu zmian skórnych w postaci pęcherzy i nadżerek na podłożu rumieniowym z towarzyszącymi krostami. Zmiany zlokalizowane były w okolicach dołów pachowych i pachwinowych, na tułowiu oraz dosiebnych częściach kończyn. Obejmowały również owłosioną skórę głowy. W trakcie diagnostyki w immunofluorescencji bezpośredniej wykryto złożki IgA i IgG w przestrzeniach międzykomórkowych warstwy kolczystej.

**Wnioski.** W przypadku podejrzenia choroby pęcherzowej niezbędnym badaniem do rozpoznania i różnicowania jest immunofluorescencja bezpośrednia (DIF). Pęcherzyca IgA to choroba o łagodniejszym od pęcherzycy zwykłej przebiegu, odpowiadająca na leczenie dapsonem oraz steroidoterapię miejscową. Prawidłowe rozpoznanie jest istotne, ponieważ pęcherzycy IgA mogą towarzyszyć IgA-gammopatie, chłoniaki B-komórkowe, szpiczaki i choroby jelit.

**Słowa kluczowe:** pęcherzyca, DIF, IgA.

## Rak sutka u pacjentki z twardziną układową – związek z profilem immunologicznym?

Anna Stochmal, Marta Sar-Pomian, Mariusz Sikora,  
Joanna Czuwara

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet  
Medyczny

**Wprowadzenie.** Pacjenci z twardziną układową mają 1,5–5-krotnie zwiększone ryzyko rozwoju chorób nowotworowych. Wykazano, że u pacjentek z twardziną układową rak sutka występuje statystycznie

istotnie częściej (5,4%) niż w populacji ogólnej (3%). Ponadto w piśmiennictwie opisano związek między obecnością niektórych przeciwciał przeciwdziałających (m.in. przeciwko topoizomerazie I, centromerom, polimerazie III RNA) a zwiększonym ryzykiem rozwoju nowotworów u pacjentów z twardziną układową.

**Opis przypadku.** Pięćdziesięciosześcioletnia pacjentka z rozpoznaną 27 lat temu twardziną układową z obecnością przeciwciał skierowanych przeciwko topoizomerazie I zgłosiła się z powodu nasilonego objawu Raynauda. Przed rokiem u pacjentki rozpoznano raka lewego sutka w stadium T1cN0. Przeprowadzono mastektomię bez limfadenektomii z następczą radioterapią i osiągnięciem remisji. Przy przyjęciu stwardnienie skóry oceniono na 14 pkt wg zmodyfikowanej skali Rodnana.

**Wnioski.** W diagnostyce i monitorowaniu pacjentek z twardziną układową, zwłaszcza z przeciwciałami skierowanymi przeciwko topoizomerazie I, należy wziąć pod uwagę zwiększone ryzyko rozwoju raka sutka.

**Słowa kluczowe:** twardzina układowa, nowotwory, rak sutka, przeciwciała przeciwdziałające.

**Wnioski.** Adalimumab stosowany u pacjentów z *acne inversa* ma ograniczony efekt terapeutyczny, natomiast stanowi alternatywę dla przewlekłej antybiotykoterapii. Leczenie biologiczne w trądziku odwróconym umożliwia wdrożenie bardziej radykalnych metod terapii.

**Słowa kluczowe:** adalimumab, *acne inversa*, leczenie biologiczne.

## Eozynofilowe zapalenie tkanki podskórnej w przebiegu ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń

Monika Gieroń, Elżbieta Kłujso, Beata Kręcisz

Klinika Dermatologii, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

**Wprowadzenie.** Eozynofilowe zapalenie tkanki podskórnej jest stanem, który może towarzyszyć wielu chorobom. Charakteryzuje się występowaniem twardych guzów z naciekiem z granulocytów kwasochłonnych podskórnej tkanki tłuszczowej.

**Opis przypadku.** Pacjentka 72-letnia z licznymi obciążeniami internistycznymi, w stanie ogólnym dobrym, zgłosiła się do Kliniki Dermatologii w Kielcach w grudniu 2017 r. z powodu zmian w postaci podskórnych guzów barwy sinoczerwonej, zlokalizowanych proksymalnie na kończynach górnych oraz na tułowiu, wielkości od 1 × 1 cm do 7 × 10 cm, o spoistej konsystencji, występujących od lipca 2017 r. W wykonanym ambulatoryjnie badaniu histopatologicznym – „obraz niejednoznaczny”, przeciwciała ANA – ujemne, przeciwciała przeciwcystoplazmatyczne – 1 : 320. W Klinice Dermatologii ponownie pobrano wycinek do badania histopatologicznego – *eosinophilic panniculitis*, DIF – ujemny, przeciwciała ANCA – wynik niejednoznaczny. Pacjentka hospitalizowana ponownie w styczniu 2018 r. z powodu pojawienia się nowych zmian plamicznych, pęcherzy krwotocznych na podudziach i stopach. Pobrano wycinek: „Obraz może odpowiadać zapaleniu naczyń związanym z c-ANCA”, c-ANCA > 200. Wykonano badanie TK zatok przynosowych, w którym stwierdzono perforację przegrody nosowej, oraz TK klatki piersiowej, w którym uwidoczono nacieki okołonaczyniowy wzdłuż tylnej ściany łuku aorty oraz pnia ramiennie-głowego po stronie prawej i tętnicy podobojczykowej po stronie lewej. Pacjentka przekazana do Kliniki Chorób Wewnętrznych w celu

## Acne inversa

Kamila Tokarska, Anna Woźniacka

Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Wprowadzenie.** *Acne inversa* jest przewlekłą chorobą zapalną o złożonej i niejasnej etiologii, która znacząco wpływa na jakość życia pacjentów. W jej przebiegu dochodzi do tworzenia się rozległych zmian skórnych o typie ropni, przetok oraz pozaciąganych blizn. Wykwity zlokalizowane są głównie w okolicy drugorzędowych cech płciowych, tj. w okolicy szpary międzypośladowej, skóry pach, krocza oraz podbrzusza. Choroba częściej dotyczy mężczyzn, szczególnie otyłych oraz palących papierosy. Leczenie trądziku odwróconego jest długotrwałe, wymaga współpracy specjalistów wielu dziedzin i szczególnej systematyczności ze strony pacjenta.

**Opis przypadku.** Prezentacja zawiera opis przypadku młodego mężczyzny chorującego na *acne inversa*, leczonego systemowo antybiotykoterapią złożoną oraz miejscowo. Ze względu na brak zadowalającego efektu klinicznego podjęto decyzję o włączeniu leczenia adalimumabem. Efekt terapii był wystarczający do zakwalifikowania chorego do leczenia operacyjnego.



dalszej diagnostyki. Włączono prednizon w dawce 90 mg/dobę, metotreksat oraz wykonano dwa zabiegi plazmaferezy. Następnie pacjentka przekazana do Instytutu Reumatologii w Warszawie (brak dokumentacji). W kwietniu 2018 r. stwierdzono pogorszenie stanu ogólnego. Pacjentka hospitalizowana na OIOK w Kielcach z powodu ostrego zespołu wieńcowego z uniesieniem odcinka ST oraz zapalenia płuc, gdzie zastosowano leczenie zachowawcze. Po ustabilizowaniu stanu ogólnego kobieta została przekazana na oddział kardiologii. W trakcie dalszego pobytu stan pacjentki był ciężki, w posiewach krwi stwierdzono *Staphylococcus aureus*, narastała niewydolność wielonarządowa. Chora zmarła w maju 2018 r.

**Wnioski.** Eozynofilowe zapalenie tkanki podskórnej może być wczesnym objawem ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń, dlatego w przypadku pojawienia się zmian o charakterze *eosinophilic panniculitis* należy przeprowadzić poszerzoną diagnostykę w kierunku zapalenia naczyń.

**Słowa kluczowe:** eozynofilowe zapalenie tkanki podskórnej, ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń, zawał mięśnia sercowego.

---

## Tuberculoid granuloma jako manifestacja sarkoidozy układowej

Aleksandra Wielgoś, Mariusz Sikora, Joanna Czuwara, Alicja Kryst, Joanna Golińska, Marek Opala, Zbigniew Samochocki

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Wprowadzenie.** Sarkoidoza należy do przewlekłych, wieloukładowych chorób ziarniniakowych. Do zajęcia skóry dochodzi u ok. 1/3 pacjentów. Zmiany skórne mogą stanowić jedyną manifestację choroby lub być pierwszym objawem sarkoidozy układowej. Znaczna różnorodność morfologiczna nierzadko przysparza trudności diagnostycznych, stąd często spotykane w piśmiennictwie określenie sarkoidozy jako „wielkiego naśladowcy”. Istotną rolę w rozpoznaniu odgrywa badanie histopatologiczne, w którym typowo stwierdza się ziarniniaki z komórek nabłonkowatych bez martwicy, otoczone wąskim pasmem limfocytów.

**Opis przypadku.** Pacjentka 61-letnia z zespołem nakładania astmy i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, w wywiadzie kontakt z osobą chorą na gruźlicę, została skierowana do Kliniki Dermatologicznej

z powodu trwających od 10 miesięcy zmian guzkowych zlokalizowanych na skórze gładkiej twarzy w okolicy podoczodołowej i górnej części lewej bruzdy nosowo-wargowej. W dermoskopii stwierdzono brązowo-pomarańczowe obszary z naczyniami drzewkowatymi, które mogą odpowiadać sarkoidozie. W badaniu histopatologicznym wycinka pobranego ze zmiany opisano obecność ziarniniaków otoczonych odczynem zapalnym z komórek jednojądrowych, limfocytów i monocytów, tzw. *tuberculoid granulomas*. W badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono istotnych odchyśleń od normy. Wynik testu Quantiferon-TB Gold był ujemny. Ze względu na opisane w radiogramie klatki piersiowej poszerzenie wnęk wykonano tomografię komputerową klatki piersiowej z kontrastem. Stwierdzono masywne powiększenie węzłów chłonnych śródpiersia z tworzeniem pakietów, pasmowate zwłóknienie z niewielkim zagęszczeniem w szczycie prawego płuca. We współpracy z Kliniką Chorób Wewnętrznych, Pneumologii i Alergologii, w celu potwierdzenia sarkoidozy układowej, wykonano biopsję węzłów chłonnych śródpiersia i pobrano popłuczyny oskrzelowe.

**Wnioski.** Przedstawiony przypadek wskazuje na konieczność uwzględnienia sarkoidozy w diagnostyce różnicowej *tuberculoid granuloma* oraz na znaczenie dermoskopii jako metody wspomagającej wstępne rozpoznanie.

**Słowa kluczowe:** choroby ziarniniakowe, sarkoidoza, limfadenopatia.

---

## Choroba Haileya-Haileya, obraz dermoskopowy

Danuta Fedorczyk, Rafał Dobosz, Anna Skrok

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Wprowadzenie.** Choroba Haileya-Haileya jest rzadką, genetycznie uwarunkowaną chorobą pęcherzową skóry. Charakteryzuje się występowaniem zmian pęcherzowo-nadżerkowych zlokalizowanych głównie w fałdach skóry. W diagnostyce różnicowej należy brać pod uwagę wyprzenie na tle bakteryjnym i grzybiczym, chorobę Dariera, łuszczycę odwróconą, wyprysk rozsiany oraz choroby pęcherzowe. W badaniu histopatologicznym stwierdza się akantolizę, której obraz przypomina rozpadający się mur z cegieł.

**Opis przypadku.** Przedstawiamy przypadek 44-letniego mężczyzny z 15-letnim wywiadem

zmian pęcherzowych i nadżerkowych zlokalizowanych pod pachami i w pachwinach. W badaniu dermoskopowym stwierdzono nadżerki z naczyńkami kropkami, nieregularne białawo-różowe obszary podzielone przez różowe bruzdy przypominające obraz pogniecionej tkaniny i chmur oraz polimorficzne naczynia. Badanie histopatologiczne potwierdziło rozpoznanie choroby Haileya-Haileya.

**Wnioski.** Ze względu na rzadkie występowanie choroba Haileya-Haileya przysparza trudności diagnostycznych. Badanie dermoskopowe może być pomocne we wczesnej diagnostyce choroby. Do cech dermoskopowych choroby Haileya-Haileya należą struktury przypominające obraz pogniecionej tkaniny i chmur, nadżerki z naczyńkami kropkami oraz polimorficzne naczynia.

**Słowa kluczowe:** choroba Haileya-Haileya, dermoskopia, obraz chmur.

---

## Twardzina linijna typu *en coup de sabre* o nietypowej lokalizacji

Martyna Sztrajch

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy

**Wprowadzenie.** Twardzina linijna typu *en coup de sabre* jest rzadką postacią twardziny ograniczonej, która w przypadkach typowych ma postać linijnej zmiany przebiegającej na czole i okolicy czołowo-ciemieniowej owłosionej skóry głowy. W przebiegu choroby może dojść do uszkodzenia mięśni, kości, zaburzeń neurologicznych oraz postępującego zaniku połowiczego twarzy.

**Opis przypadku.** Przedstawiamy 24-letniego pacjenta, który został przyjęty do Kliniki Dermatologii z powodu zmiany zlokalizowanej w okolicy skroniowej lewej skóry owłosionej głowy oraz okolicy przedusznej lewej. Zmiana o układzie linijnym, o wymiarach 11,5 cm × 1,5 cm, barwy porcelanowo-białej, z cechami stwardnienia i łysienia bliznowaciejącego. Na podstawie obrazu klinicznego oraz wyniku badania histopatologicznego wycinka skóry rozpoznano wczesną postać *morphea*. U pacjenta nie stwierdzono zajęcia układu nerwowego w badaniu fizykalnym ani radiologicznym. Po wykluczeniu przeciwwskazań rozpoczęto leczenie metotreksatem w dawce 15 mg/puls z skojarzeniem z kwasem foliowym oraz miejscowo takrolimusem 0,1% w maści (2 razy dziennie).

**Wnioski.** Twardzina linijna *en coup de sabre* jest rzadką chorobą skóry, która prowadzi do poważnych defektów kosmetycznych oraz problemów psychologicznych. Wciąż stanowi duży problem terapeutyczny. Pacjenci wymagają stałej opieki specjalistycznej. Powyższy przypadek kliniczny jest interesujący ze względu na nietypową lokalizację zmian skórnych.

**Słowa kluczowe:** twardzina ograniczona, *en coup de sabre*, metotreksat.

---

## Ogniska łysienia jako pierwszy objaw wznowy raka sutka?

Patrycja Gajda, Adriana Rakowska, Joanna Czuwara, Zbigniew Samochocki

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Wprowadzenie.** Przerzuty do skóry mogą wystąpić w przebiegu różnych nowotworów. W przypadku raka piersi przerzuty do skóry występują z częstością 2,5%. Obraz kliniczny przerzutów może się różnić, ale zmiany chorobowe często pojawiają się jako izolowane guzki na klatce piersiowej po stronie zmiany pierwotnej.

**Opis przypadku.** Prezentujemy przypadek 47-letniej pacjentki, która zgłosiła się do ambulatorium Kliniki Dermatologicznej w kwietniu 2018 r. z powodu utrzymujących się od kilku tygodni ognisk łysienia skóry głowy. W wywiadzie pacjentka przeszła oszczędzającą mastektomię prawostronną z adiuwantową radioterapią z powodu raka przewodowego sutka w 2016 r. Od tego czasu pozostawała w remisji. W badaniu przedmiotowym stwierdzono kilka ognisk łysienia o średnicy 10–20 mm w okolicy ciemieniowej i potylicznej. W trichoskopii na całym obszarze wyłysienia obecne były żółte kropki z włosami resztkowymi otoczone brunatnym halo. Stwierdzono niejednorodny komponent naczyniowy w obrębie podłoża – obszar awaskularny z ogniskowo skupionymi poszerzonymi pętlami naczyniowymi o układzie drzewkowatym. Na brzegach ognisk obecne były włosy skręcone (*pili torti*). W badaniu histopatologicznym opisano obraz odpowiadający przerzutom nowotworu piersi, które były u tej pacjentki pierwszym objawem wznowy choroby nowotworowej.

**Wnioski.** Opisany przypadek podkreśla istotną rolę dermatologa i dokładnego badania skóry u pacjentów z wywiadem choroby nowotworowej.

**Słowa kluczowe:** łysienie ogniskowe, rak sutka, trichoskopia, łysienie bliznowaciejące, przerzuty do skóry.

## Grudkowe zmiany twarzy typowe dla łysienia czołowego bliznowaciejącego bez cech łysienia brwi i włosów skóry owłosionej

Justyna Sicińska<sup>1</sup>, Joanna Czuwara<sup>2</sup>, Irena Walecka<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologiczna, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Wprowadzenie.** Łysienie czołowe bliznowaciejące charakteryzuje się triadą objawów: 1) trwałą utratą włosów okolicy czołowej z charakterystycznym obrazem trichoskopowym okołomieszkowego rumienia i rogowacenia mieszkowego, 2) boczną utratą brwi oraz 3) występowaniem w 11% przypadków niezapalnych grudek twarzy wynikających z limfocytarnego zapalenia nabłonka włosów mieszkowych. Łysienie czołowe bliznowaciejące występuje głównie u kobiet po menopauzie. O rozpoznaniu choroby decyduje obraz kliniczny i trichoskopowy oraz charakterystyczne zmiany histologiczne z zapaleniem, destrukcją i bliznowaceniem mieszków włosowych skóry owłosionej głowy.

**Opis przypadku.** Przedstawiamy przypadek 36-letniej pacjentki z kilkuletnim wywiadem zmian grudkowych czoła i policzków. Zmiany grudkowe nie dawały dolegliwości subiektywnych i nie odpowiadały na leczenie miejscowe preparatami z grupy retinoidów, kwasem azelainowym, nadtlenkiem benzoilu, lekami przeciwgrzybiczymi. W wycinku histopatologicznym skóry czoła stwierdzono nadmierne i nieprawidłowe rogowacenie w ujściach włosów mieszkowych z hiperkeratozą, hipergranulozą i ogniskową parakeratozą z liszajowatym limfocytarnym odczynem zapalnym wokół ich nabłonków, nekrotycznymi keratynocytami i cechami *interface* warstwy podstawnej. Zmiany te rozpoznano jako charakterystyczne dla łysienia czołowego bliznowaciejącego przy zajęciu włosów mieszkowych twarzy. W badaniu klinicznym poza grudkami stwierdzono przerzedzenie bocznych części brwi z dyskretnym rumieniem bez cech łysienia bliznowaciejącego. W badaniu trichoskopowym nie stwierdzono cech

łysienia bliznowaciejącego w linii czołowej. Zaplanowano wdrożenie systemowe izotretynoiny.

**Wnioski.** Przedstawiony przypadek stanowi przykład występowania najrzadszego objawu z triady łysienia czołowego bliznowaciejącego obecnego jako objawu głównego. Pacjentka nie spełnia obecnie kryteriów rozpoznania choroby, ale w związku z możliwym pojawianiem się pozostałych objawów procesu chorobowego dotyczącego włosów skóry owłosionej i brwi pozostaje pod kontrolą dermatologiczną. Na przykładzie prezentowanego przypadku warto pamiętać, że diagnostyka różnicowa zmian grudkowych na twarzy jest szeroka i może obejmować m.in. grudki niezapalne twarzy wynikające z liszajowatego, limfocytarnego procesu zapalnego nabłonków włosów mieszkowych twarzy w związku z łysieniem czołowym bliznowaciejącym, który może być objawem towarzyszącym lub poprzedzającym pełnoobjawowy okres choroby, podobnie jak u naszej pacjentki.

**Słowa kluczowe:** łysienie czołowe bliznowaciejące, grudki twarzy, utrata brwi, rogowacenie mieszkowe, trichoskopia, rumień okołomieszkowy.



# Streszczenia

Sesja plakatowa



## Zespół sromowo-pochwowo-dziąsłowo-mieszkowy współwystępujący z autoimmunologicznym zapaleniem wątroby i tarczycy

Magdalena Żychowska, Joanna Maj

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii,  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

**Wprowadzenie.** Zespół sromowo-pochwowo-dziąsłowy jest rzadką odmianą liszaja płaskiego o przewlekłym przebiegu z tendencją do bliznowacenia, powstawania zrostów i zwężeń w obrębie zajętych okolic. W ostatnich latach zwrócono uwagę na częste współwystępowanie łysienia bliznowaciejącego (liszaja płaskiego mieszkowego i/lub łysienia czołowego bliznowaciejącego), co określono mianem zespołu sromowo-pochwowo-dziąsłowo-mieszkowego.

**Opis przypadku.** Kobieta 75-letnia została przyjęta do Kliniki Dermatologii w celu diagnostyki nawracających zmian nadżerkowych zlokalizowanych na błonach śluzowych jamy ustnej i narządów płciowych. Zmiany zaczęły pojawiać się ok. 7 lat przed hospitalizacją. W leczeniu stosowano kilkakrotnie preparaty przeciwgrzybicze miejscowe i ogólne z niewielką poprawą. Ponadto pacjentka chorowała na autoimmunologiczne zapalenie wątroby i autoimmunologiczne zapalenie tarczycy od ponad 20 lat. Z powodu choroby wątroby była leczona przewlekle glikokortykosteroidami. W ciągu ostatnich kilku lat stosowano podtrzymującą dawkę prednizonu 10 mg/dobę. W badaniu fizykalnym stwierdzono zmiany nadżerkowe na błonach śluzowych policzków, dziąseł oraz w przedsionku pochwy. Nadżerkom towarzyszyły siateczkowate zbieżenia oraz zmiany zanikowe sromu. Na szczycie głowy obecne było nieregularne ognisko łysienia bliznowaciejącego. W trichoskopii obserwowano brak ujść mieszków włosowych, złuszczenie okołomieszkowe i białe, bezstrukturalne obszary. Stwierdzono również częściowy zanik płytek paznokciowych stóp. W badaniu immunopatologicznym wykluczono autoimmunologiczną chorobę pęcherzową. Badanie histologiczne błony śluzowej jamy ustnej i skóry owłosionej głowy potwierdziło rozpoznanie liszaja płaskiego. Na podstawie całości obrazu klinicznego ustalono rozpoznanie zespołu sromowo-pochwowo-dziąsłowo-mieszkowego. Zwiększono dawkę prednizonu do 40 mg/dobę oraz zastosowano miejscowo propionian klobetazolu, w wyniku czego uzyskano znaczną poprawę zmian na błonach śluzowych po 2 miesiącach leczenia.

**Wnioski.** Należy pamiętać o możliwości rozwoju łysienia bliznowaciejącego u pacjentek z zespołem sromowo-pochwowo-dziąsłowym. Z kolei u pacjentów z liszajem płaskim mieszkowym i/lub łysieniem czołowym bliznowaciejącym powinno się ocenić występowanie zmian chorobowych na błonach śluzowych. Dokładna etiopatogeneza liszaja płaskiego jest niewyjaśniona. Współwystępowanie schorzeń autoimmunologicznych u przedstawionej pacjentki może wskazywać na istotną rolę procesów autoimmunologicznych w rozwoju choroby.

**Słowa kluczowe:** liszaj płaski, liszaj płaski mieszkowy, zespół sromowo-pochwowo-dziąsłowy.

## Promienica szyjno-twarzowa

Ewelina Biało-Wójcicka, Karolina Rutkowska,  
Sylwia Trojanowska, Jagoda Stroynowska-Kosik,  
Weronika Molga

Oddział Dermatologii Dorosłych, Międzyleski Szpital  
Specjalistyczny w Warszawie

**Wprowadzenie.** Promienica jest infekcją wywołaną przez beztlenowe bakterie Gram-dodatnie z rodziny *Actinomycetaceae*. Stanowi naturalną florę bakteryjną występującą w jamie ustnej, układzie pokarmowym i oddechowym. Wywołuje objawy chorobowe po wcześniejszym uszkodzeniu naturalnej bariery anatomicznej, jaką jest skóra bądź błona śluzowa.

**Opis przypadku.** Pacjent 50-letni został przyjęty na Oddział Dermatologii Dorosłych z powodu zmian naciekowych skóry i tkanki podskórnej szyi po stronie prawej przechodzących przez linię pośrednią. Zmiany nawracały od kilku lat. W wywiadzie stwierdzono nikotynizm, chrypę oraz przebyte przed 10 laty złamanie żuchwy. W badaniach laboratoryjnych wykazano zwiększenie stężenia białka C-reaktywnego i przyspieszone OB. W tomografii komputerowej szyi stwierdzono rozlane zmiany naciekowo-obrzękowe skóry, tkanki podskórnej, mięśni przestrzeni nad- i podgnykowej szyi po stronie prawej i efekt masy z nimi związany powodujący przemieszczenie struktur w linii środkowej; ponadto uwidoczniono pogrubienie skóry. W tomografii komputerowej klatki piersiowej wykazano liczne, rozsiane zagęszczenia w postaci matowej szyby, zwłaszcza w płacie górnym płuca lewego, podopłucnowe zwłóknienia w płatach dolnych obu płuc. Pacjent był konsultowany chirurgicznie i laryngologicznie – pobrano głębokie wycinki do badania

histopatologicznego. W posiewie materiału z przetoki wyhodowano pojedyncze kolonie *Staphylococcus warneri*; w badaniu bezpośrednim stwierdzono komórki grzybów drożdżopodobnych; w posiewie treści ropnej z przetok wyhodowano *Staphylococcus epidermidis*; w posiewie bioptatu wyhodowano *Staphylococcus epidermidis* i *Enterococcus faecalis*. Na podstawie badania histopatologicznego wycinków tkanek pobranych przez dermatologa i chirurga nie można było wykluczyć gruźlicy. W barwieniu PAS nie stwierdzono obecności grzybów. W barwieniu metodą Ziehla-Nielsen w kierunku prątków gruźlicy wynik był negatywny. QuantiFERON-TB Gold Plus test był ujemny. W badaniu histopatologicznym wycinka pobranego laryngologicznie stwierdzono druzi promienicze. Do leczenia włączono penicylinę krystaliczną, a następnie penicylinę fenoksymetylową przez 3 miesiące, obserwując stopniowe ustępowanie zmian.

**Wnioski.** Przedstawiamy rzadki przypadek promienicy szyjno-twarzowej u pacjenta po urazie żuchwy w wywiadzie, z nieprawidłową higieną jamy ustnej – próchnicą. Kliniczne rozpoznanie promienicy stwarza trudności ze względu na niespecyficzne objawy, podobieństwo do innych jednostek chorobowych oraz jej nieznaną przyczyną wynikającą z rzadkiego występowania.

**Słowa kluczowe:** promienica, bakterie Gram-dodatnie, okolica szyjno-twarzowa.

---

## Granulomatous slack skin

Marta Makowska-Dudek, Aleksandra Kaczyńska-Trzpił, Joanna Czuwara

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Wprowadzenie.** *Granulomatous slack skin* (skóra obwisła i ziarniniakowa) jest bardzo rzadkim podtypem chłoniaka T-komórkowego. Nadal budzi wiele kontrowersji – czy *granulomatous slack skin* jest wariantem ziarniniaka grzybiastego. Najczęściej dotyczy mężczyzn w 3.–5. dekadzie życia. Charakteryzuje się występowaniem zmian rumieniowych i naciekowych w zgięciach skóry, najczęściej w okolicy pach i pachwin. Z czasem dochodzi do utraty elastyczności skóry i jej zwisania. Ustalenie rozpoznania może sprawiać trudności ze względu na rzadkość występowania i szeroką diagnostykę różnicową obejmującą przewlekłą grzybicę, wyprzenia, łupież rumieniowy, kontaktowe zapalenie skóry, łuszczycę odwróconą,

osutkę polekową – zespół pawiana, zmiany skórne w przebiegu *glucagonoma*, histiocytozę z komórek Langerhansa, chorobę Haileya-Haileya i zaburzenia odporności. W badaniu histopatologicznym stwierdza się skupiska limfocytów z cechami atypii w skórze właściwej, ich linijne rozmieszczenie na granicy naskórkowo-skórnej, epidermotropizm oraz utratę włókien elastycznych w skórze właściwej. Barwienie immunohistochemiczne wykazuje komórki CD3+, CD4+ oraz utratę markerów CD5–, CD7–.

**Opis przypadku.** W Klinice Dermatologicznej był diagnozowany 68-letni pacjent z powodu trwających od 6 miesięcy skórnych zmian rumieniowo-naciekowych, z tendencją do maceracji naskórka i tworzenia nadżerek, zlokalizowanych symetrycznie w fałdach skóry. Pacjenta leczono miejscowymi preparatami glikokortykosteroidowymi oraz lekami przeciwgrzybiczymi bez znaczącej poprawy. W badaniu histopatologicznym dwóch wycinków skóry stwierdzono cechy *mycosis fungoides* z bardzo nasilonym epidermotropizmem. Barwienie na włókna sprężyste wykazało ich nierównomierną degradację i pofragmentowanie. Rozpoznano ziarniniaka grzybiastego w odmianie ziarniniakowej i obwisłej skóry we wczesnym okresie choroby. Zaplanowano leczenie doustne acytretyną.

**Wnioski.** *Granulomatous slack skin* jest bardzo rzadką jednostką chorobową, o której warto pamiętać w diagnostyce różnicowej trudnych do leczenia zmian zlokalizowanych symetrycznie w fałdach skóry. Choroba stwarza trudności terapeutyczne, ponieważ nie ma ustalonych schematów leczenia. Należy przypuszczać, że penetracja leków systemowych w wiotką, obwisłą skórę jest upośledzona. W leczeniu stosuje się miejscowe preparaty silnych glikokortykosteroidów, fototerapię PUVA, retinoidy ogólne, metotreksat, interferon  $\alpha$ , radioterapię i chemioterapię. Niestety często obserwuje się oporność na stosowane leczenie i postępujący przebieg choroby.

**Słowa kluczowe:** *granulomatous slack skin*, ziarniniak grzybiasty, *mycosis fungoides*.

---



## Zespół Satoyoshi – odrębna jednostka kliniczna czy spektrum objawów u pacjentów z dystrofią miotoniczną?

Tatsiana Damps, Agata Szykut-Badaczewska,  
Anna Skrok, Adriana Rakowska, Małgorzata Olszewska

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Wprowadzenie.** Zespół Satoyoshi jest rzadką, wielonarządową chorobą o podłożu autoimmunologicznym. Do kryteriów rozpoznania należą: łysienie, bolesne skurcze mięśniowe, biegunki oraz obecne w surowicy przeciwciała przeciwjądrowe współistniejące w 60% przypadków. Obraz kliniczny z objawami neurologicznymi wymaga wielospecjalistycznej współpracy i stosowania różnych rozwiązań terapeutycznych. Występowanie objawów neurologicznych ze spektrum zaburzeń pracy mięśni oraz obecne mutacje genetyczne wskazują na możliwość współzależności występowania zespołu Satoyoshi i dystrofii miotonicznej.

**Opis przypadku.** Przedstawiamy opis dwóch pacjentek z zespołem Satoyoshi hospitalizowanych w Klinice Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Pierwsza pacjentka to 41-letnia kobieta z łysieniem plackowatym uogólnionym od 7 lat, bolesnymi skurczami mięśni, a także przewlekłą biegunką oraz obecnymi w surowicy przeciwciałami ANA. W badaniach genetycznych stwierdzono obecność mutacji mitochondrialnego DNA. Pomimo wykluczenia w przeszłości dystrofii miotonicznej, występujące obecnie nowe objawy neurologiczne implikują nowe pytania o współzależność obu jednostek klinicznych. Drugą pacjentką jest 41-letnia kobieta z łysieniem typu *ophiasis* od 7 lat i rozpoznaną w przeszłości dystrofią miotoniczną typu 2 z charakterystycznymi objawami – sztywnością i osłabieniem mięśni oraz przewlekłą biegunką. Nie stwierdzono w surowicy przeciwciał przeciwjądrowych. Obie pacjentki leczone są immunosupresyjnie z częściową poprawą kliniczną.

**Wnioski.** Spośród wspólnych cech u pacjentek z zespołem Satoyoshi należy wymienić: wiek zachorowania ok. 35 lat, płeć żeńską, mutacje genetyczne, zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego oraz dolegliwości bólowe i dysfunkcje mięśniowe utrudniające codzienne funkcjonowanie. Brak przeciwciał przeciwjądrowych w surowicy nie wyklucza rozpoznania zespołu Satoyoshi. Występowanie objawów charakterystycznych dla dystrofii miotonicznej u pacjentki z zespołem Satoyoshi oraz występowanie zespołu Satoyoshi u pacjentki z rozpo-

znaną dystrofią miotoniczną otwiera nowe pytania o charakter współzależności obu jednostek klinicznych.

**Słowa kluczowe:** zespół Satoyoshi, łysienie, mutacje genetyczne.

## Zatorowość płucna u pacjenta z ciężką łuszczycą plackowatą leczonego infliksymabem – wpływ choroby czy działanie niepożądane leczenia?

Patrycja Gajda, Mariusz Sikora

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Wprowadzenie.** Łuszczycą uważana jest za przewlekłą, układową chorobę zapalną, związaną ze zwiększonym ryzykiem sercowo-naczyniowym. Terapia biologiczna lekami hamującymi aktywność czynnika martwicy nowotworów  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) przez zmniejszenie nasilenia procesu zapalnego redukuje częstość występowania chorób układu krążenia. W piśmiennictwie pojawiają się jednak doniesienia o możliwym związku między indukowanymi terapią biologiczną przeciwciałami (przeciwciała przeciwjądrowe, antyfosfolipidowe i przeciwleukowe) a wystąpieniem powikłań zakrzepowo-zatorowych.

**Opis przypadku.** Prezentujemy przypadek 57-letniego mężczyzny z ciężką łuszczycą plackowatą i łuszczycowym zapaleniem stawów, u którego w trakcie terapii infliksymabem wystąpiła ostra zatorowość płucna z towarzyszącym zawałem płuca. W wywiadzie stwierdzono łuszczycę plackowatą od 30. roku życia. Pacjent dotychczas był leczony metotreksatem w maksymalnej dawce 20 mg/tydzień z utratą adekwatnej odpowiedzi na leczenie, acytretną w dawce 0,5 mg/kg m.c. bez efektu terapeutycznego oraz w ramach badania klinicznego brodalumabem z ustąpieniem zmian skórnych (lek odstawiony z powodu zakończenia badania). Ze względu na nasilenie aktywności choroby (PASI – 29; BSA – 47%; DLQI – 30) pacjenta zakwalifikowano do leczenia biologicznego infliksymabem w dawce 5 mg/kg m.c. W 30. tygodniu skutecznego leczenia pacjent zgłosił ostry ból w prawej połowie klatki piersiowej oraz obrzęki podudzi. W badaniu ultrasonograficznym żył kończyn dolnych nie

wykazano cech zakrzepicy. W badaniu angiografii tomografii komputerowej tętnic płucnych opisano zatorowość płucną z towarzyszącym zawałem płuca. Pacjent był hospitalizowany na oddziale intensywnej opieki kardiologicznej, gdzie do leczenia włączono warfarynę.

**Wnioski.** Opisany przypadek podkreśla znacznie zwiększonego ryzyka wystąpienia zdarzeń zakrzepowo-zatorowych u pacjentów z łuszczycą.

**Słowa kluczowe:** zatorowość płucna, infliksymab, łuszczycyca plackowata, łuszczycowe zapalenie stawów.

chami tocznia rumieniowatego ogniskowego oraz twardziny ograniczonej. Do leczenia ogólnego włączono metotreksat doustnie w dawce 15 mg/tydzień.

**Wnioski.** Powyższy przypadek jest rzadkim opisem współistnienia twardziny ograniczonej i tocznia rumieniowatego ogniskowego w obrębie jednej zmiany skórnej. Trichoskopia w połączeniu z badaniem histopatologicznym pomaga różnicować twardzinę ograniczoną z toczniem rumieniowatym ogniskowym, nawet w późnej postaci.

**Słowa kluczowe:** łysienie bliznowaciejące, tocznia rumieniowaty ogniskowy, trichoskopia, twardzina ograniczona.

## Współwystępowanie twardziny ograniczonej i tocznia rumieniowatego ogniskowego w obrębie owłosionej skóry głowy

Agata Szykut-Badaczewska, Mariusz Sikora, Joanna Czuwara

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Wprowadzenie.** Toczyń rumieniowaty ogniskowy oraz twardzina ograniczona należą do autoimmunologicznych chorób tkanki łącznej, w przebiegu których może dochodzić do zajęcia owłosionej skóry głowy i rozwoju łysienia bliznowaciejącego. Współwystępowanie obu tych jednostek chorobowych jest niezwykle rzadkie.

**Opis przypadku.** Pacjentka 70-letnia zgłosiła się do Kliniki Dermatologicznej w celu rozpoznania zmian owłosionej skóry głowy. W wywiadzie początkowo obecne były trzy ogniska łysienia bliznowaciejącego. W trichoskopii zmian uwidoczono rozlane, awaskularne obszary barwy porcelanowobiałej oraz linijne rozgałęzione naczynia. W badaniu histopatologicznym wycinka ze zmiany opisano pogrubienie włókien kolagenowych w warstwie siateczkowej skóry właściwej, co jest charakterystyczne dla twardziny ograniczonej. Rozpoczęto leczenie miejscowymi preparatami glikokortykosteroidów. W ciągu roku u pacjentki zaobserwowano pojawienie się nowego ogniska łysienia. W badaniu trichoskopowym obecne były czopy rogowe oraz naczynia drzewkowate. W badaniu metodą immunofluorescencji bezpośredniej wycinka z tej zmiany stwierdzono linijne złożone immunoglobulin w klasie IgM i IgG w błonie podstawnej, natomiast w badaniu histopatologicznym opisano obraz łysienia bliznowaciejącego z ce-

## Kliniczne trudności diagnostyczne w łuszczycy mieszkowej

Agata Szcześniak, Anna Skrok, Barbara Borkowska, Magdalena Jasińska, Joanna Czuwara

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Wprowadzenie.** Łuszczycyca jest przewlekłą dermatozą zapalną, występującą u 1–3% populacji ogólnej, najczęściej w odmianie klinicznej przewlekłej łuszczycy plackowatej. Wyróżnia się wiele innych postaci klinicznych łuszczycy, takich jak erythrodermiczna, wysiewna, odwrócona, krostkowa, paznokci oraz szczególnie rzadko występująca mieszkowa. Ze względu na nietypowy obraz kliniczny, który może przypominać inne jednostki chorobowe, wydaje się, że częstość występowania łuszczycy mieszkowej jest niedoszacowana. Do 2017 r. opisano w piśmiennictwie jedynie 25 przypadków tej jednostki chorobowej.

**Opis przypadku.** Przedstawiamy przypadek 58-letniego pacjenta hospitalizowanego w Klinice Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu występujących od grudnia 2017 r. rozsianych na tułowiu i kończynach przymieszkowych, hiperkeratotycznych grudek z tendencją do zlewania się na udach oraz rumieniowozłuszczających zmian obu dłoni. Wywiad osobniczy i rodzinny w kierunku łuszczycy był negatywny. W badaniu dermoskopowym zmian skórnych stwierdzono białe, homogenne obszary i złuszczenie okółmieszkowe oraz wskazujący na łuszczycę wzór naczyniowy z licznymi naczyniami typu kropek i globuli, czerwone zakręcone pętle i naczynia kłębuszków. Z powodu zajęcia mieszków diagnostyka różnicowa

obejmowała także łupież czerwony mieszkowy. Badanie histopatologiczne wycinka ze zmian skórnych było charakterystyczne dla łuszczycy mieszkowej (*follicular psoriasis*). Zdecydowano o rozpoczęciu terapii acytretyną.

**Wnioski.** Łuszczycza mieszkowa może występować samodzielnie lub współistnieć z innymi odmianami łuszczycy. Wymaga różnicowania przede wszystkim z łupieżem czerwonym mieszkowym, z którym ma podobny obraz kliniczny i część zjawisk histopatologicznych, ponadto z liszajem płaskim, nadmiernym rogowaceniem mieszkowym oraz *pityriasis lichenoides chronica*. W diagnostyce różnicowej i ustaleniu rozpoznania może być pomocna dermoskopia, która obrazuje charakterystyczny dla łuszczycy wzorzec naczyń i okółomieszkowe obszary homogenne ze złuszczeniem. Badanie histopatologiczne, mimo części wspólnych cech dla łuszczycy i łupieżu czerwonego mieszkowego, uwidacznia typowe dla łuszczycy mikroskopowe zjawiska, takie jak hipo-, agranuloza oraz mikroropnie Munro. Może też potwierdzić rozpoznanie łuszczycy. W przypadku wycinków ze zmian długo się utrzymujących badanie potwierdza charakterystyczne dla łuszczycy mieszkowej objęcie procesem chorobowym ujęć mieszków włosowych.

**Słowa kluczowe:** łuszczycza, dermoskopia, acytretyna.

ki Dermatologicznej z powodu nasilonego rumienia i obrzęku obu stóp z obecnością licznych nadżerek na podszewkach i spelzaniem płytek paznokciowych. Zmianom skórnych towarzyszyły dolegliwości bólowe i parestezje w obrębie podszew, co znacząco obniżyło jakość życia pacjentki i ograniczało jej codzienną aktywność. Pierwsze zmiany skórne pojawiły się 6 tygodni od podania niwolumabu, stosowanego z powodu zaawansowanego raka wątrobowokomórkowego. Po każdym kolejnym podaniu leku zmiany skórne ulegały nasileniu. Ze względu na pojawiające się okresowo krwotoczne pęcherze na skórze gładkiej tułowia i w obrębie błony śluzowej jamy ustnej diagnostykę poszerzono o badanie immunofluorescencji bezpośredniej. W wycinku skóry ze zmian na podszewkach stwierdzono na granicy skórno-naskórkowej linijne złogi immunoglobulin w klasie IgG i IgM oraz składowej C3 dopełniacza. U pacjentki rozpoznano pemfigoid pęcherzowy. W leczeniu zastosowano doksycyklinę doustnie w dawce 100 mg/dobę oraz miejscowo propionian klobetazolu, uzyskując znaczącą poprawę stanu klinicznego.

**Wnioski.** Przedstawiamy przypadek pemfigoidu pęcherzowego wywołanego niwolumabem. W przypadku zmian skórnych o nietypowej morfologii w przebiegu immunoterapii nowotworów należy pamiętać o uwzględnieniu pemfigoidu w diagnostyce różnicowej.

**Słowa kluczowe:** niwolumab, pemfigoid pęcherzowy, immunoterapia.

## Pemfigoid pęcherzowy wywołany niwolumabem

Marta Muszel, Mariusz Sikora, Marta Sar-Pomian, Małgorzata Olszewska

Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Wprowadzenie.** Niwolumab jest przeciwciałem monoklonalnym skierowanym przeciw receptorowi PD 1 na powierzchni limfocytów T. Zablokowanie możliwości oddziaływania receptora z jego ligandami powoduje nasilenie odpowiedzi przeciwnowotworowej komórek układu odpornościowego. Niwolumab stosuje się w terapii zaawansowanego czerniaka, raka nerki, niedrobnokomórkowego raka płuc czy raka wątroby. Immunoterapia obciążona jest licznymi działaniami niepożądanymi, wśród których często obserwuje się zmiany skórne.

**Opis przypadku.** Pacjentka 85-letnia z rakiem wątrobowokomórkowym została przyjęta do Klini-