



WAWDERM 2019
WARSZAWSKIE
DNI DERMATOLOGICZNE

WARSZAWA | 3-5 PAŹDZIERNIKA 2019 r.

WARSZTATY I SESJE RÓWNOLEGŁE POPRZEDZAJĄCE KONFERENCJĘ

SALA A,B,C

13:00–14:00 KOMUNIKACJA SKONCENTROWANA NA PACJENCIE

Prof. Ewa Mojs, Dagmara Samselska

Grant edukacyjny  NOVARTIS14:30–15:30 POSIEDZENIE ODDZIAŁU WARSZAWSKIEGO
POLSKIEGO TOWARZYSTWA DERMATOLOGICZNEGOPRAKTYCZNE ASPEKTY STOSOWANIA
METOTREKSATU W CHOROBY SKÓRY

(sesja otwarta dla wszystkich uczestników konferencji)

Grant naukowy  medac**Otwarcie**

Dr n. med. Joanna Czuwara

**Metotreksat w dermatologii – mechanizm działania,
postaci leku, potencjalne wskazania**

Prof. Małgorzata Olszewska

Skuteczność, bezpieczeństwo i zasady stosowania metotreksatu w łuszczycy

Prof. Anna Woźniacka

SALA D,E,F

13:30–15:30 POSIEDZENIE SEKCJI WENEROLOGICZNEJ PTD
I WALNE ZEBRANIE CZŁONKÓW SEKCJI

(sesja otwarta dla wszystkich uczestników konferencji)

13:30–13:45 **Zapalenia cewki moczowej**

Dr hab. Beata Młynarczyk-Bonikowska

13:45–14:00 **Odpowiedź na leczenie kity u pacjentów HIV-dodatnich w praktyce dermatologa-wenerologa**

Dr hab. Maciej Pastuszczyk

14:00–14:15 **Wybrane aspekty epidemiologiczne i kliniczne mężczyzn z kity leczonych w ośrodku
białostockim w latach 2014–2018**

Dr hab. Agnieszka B. Serwin, Dr Adriana Grochowska, Prof. Iwona Flisiak

14:15–14:30 **Zakażenie przenoszone drogą płciową – wpływ na ciążę i noworodki**

Dr n. med. Iwona Rudnicka

14:30–14:45 **Dlaczego w Polsce jeszcze nie szczepimy przeciw HPV?**

Prof. Stawomir Majewski

14:45–15:00 **PrEP w praktyce dermatologa**

Dr Michał Andres, Dr Tomasz Turcza

15:00–15:30 **Walne zebrań Sekcji Wenerologicznej PTD (termin I i termin II)**

15:30–16:00 PRZERWA NA KAWĘ

PROGRAM KONFERENCJI

SALA GRAND BALLROOM

16:00–17:30 SESJA WPROWADZAJĄCA

Przewodniczący sesji: Prof. Bożena Chodynicka, Prof. Roman J. Nowicki, Prof. Waldemar Placek,
Dr n. med. Anna Górkiewicz-Petkow16:00–16:15 **Jak sztuczna inteligencja zmienia dermatologię?**

Prof. Anna Woźniacka

16:15–16:30 **Jak leczyć *morphea*?**

Prof. Dorota Krasowska

16:30–16:45 **Czy nikotyna ma wpływ na skuteczność leczenia chorób skóry?**

Prof. Irena Walecka

16:45–17:00 **Jakie czynniki decydują o dobrej odpowiedzi na leczenie łuszczycy?**

Prof. Jacek Szepletowski

Wykład sponsorowany  NOVARTIS

17:00–17:15 **Łysienie plackowate – od rozpoznania do leczenia**

Prof. Lidia Rudnicka

17:30–18:30 **SESJA INTERDYSCYPLINARNA**


Przewodniczący sesji: Prof. Dorota Krasowska, Prof. Stawomir Majewski, Prof. Anna Wojas-Pelc, Prof. Anna Woźniacka

17:30–17:45 **Jak, kiedy i u kogo stosować witaminę D?**

Prof. Jolanta Małyszko

17:45–18:05 **Mojego pacjenta z łuszczycą bolą stawy – czy to już łuszczycza stawowa?**

Prof. Rafał Czajkowski

Wykład sponsorowany 

18:05–18:20 **Jak diagnozuję i lecę stopę cukrzycową?**

Dr hab. Beata Mrozikiewicz-Rakowska

PROGRAM | PIĄTEK | 4 PAŹDZIERNIKA 2019 R.

8:00–9:00 **PRZYPADKI KLINICZNE I**

Przewodniczący sesji: Prof. Romuald Maleszka, Dr n. med. Monika Kapińska-Mrowiecka, Dr n. med. Magdalena Ciupińska, Dr hab. Maciej Pastuszczyk

Nadżerkowe, krostkowe zapalenie skóry owłosionej głowy – rzadka postać łysienia bliznowaciejącego (3 min)

Dr Patrycja Gajda, Dr hab. Adriana Rakowska, Dr n. med. Joanna Czuwara, Dr Danuta Fedorczyk

Łysienie androgenowe – rzadka przyczyna utraty włosów u dzieci (3 min)

Dr n. med. i n. o zdr. Anna Waśkiel-Burnat, Dr hab. Adriana Rakowska, Prof. Małgorzata Olszewska

Rosacea fulminans z rhinophyma oraz ciężkimi powikłaniami ocznymi u młodej kobiety (3 min)

Dr n. med. Joanna Pogorzelska-Dyrbuś

Trudności diagnostyczne wysoko zróżnicowanego naczyńniakomięśaka twarzy. Znaczenie diagnostyki dermatopatologicznej (3 min)

Dr n. med. Joanna Czuwara, Dr n. med. Olga Warszawik-Hendzel

Rak kolczystokomórkowy aparatu paznokciowego (3 min)

Dr Małgorzata Maj, Dr n. med. Joanna Czuwara, Dr n. med. Marta Sar-Pomian, Prof. Małgorzata Olszewska

Rozsiane zmiany skórne w przebiegu klasycznej postaci mięsaka Kaposiego (3 min)

Dr Aleksandra Wielgoś, Dr n. med. Mariusz Sikora, Dr n. med. Joanna Czuwara, Dr hab. Zbigniew Samochocki

Podejrzenie raka wodnego u pacjenta z owrzodzeniami w obrębie twarzoczaszki, szyi i karku (3 min)

Dr Sebastian Patrzyk, Dr hab. Dorota Torzecka

Piodermia zgorzelinowa współistniejąca z alergią kontaktową (3 min)

Dr Monika Gieroń, Dr Maria Matejko, Prof. Beata Kręcisz

Nowotwór z blastycznych plazmocytoidnych komórek dendrytycznych (BPDCN) – różnorodność obrazu klinicznego oraz trudności diagnostyczno-terapeutyczne (3 min)

Dr Kamila Migacz-Gruszka, Dr n. med. Paweł Brzewski, Dr n. med. Aleksander Obtutowicz, Prof. Anna Wojas-Pelc

Kiła drugiego okresu u szesnastoletniego chłopca (3 min)

Dr Urszula Skiepmo, Dr hab. Agnieszka Beata Serwin, Dr n. med. Małgorzata Janczyto-Jankowska, Prof. Iwona Flisiak

Pemfigoid pęcherzowy u noworodka (3 min)

Dr Martyna Skręta-Śliwińska, Dr hab. Elżbieta Jakubowska-Pietkiewicz, Prof. Anna Woźniacka, Dr hab. Agnieszka Żebrowska

9:00–10:40 CHOROBY ALERGICZNE

Przewodniczący sesji: Prof. Rafał Czajkowski, Prof. Aleksandra Lesiak, Prof. Joanna Narbutt, Prof. Zbigniew Samochocki

9:00–9:20 **Współczesne rekomendacje dotyczące atopowego zapalenia skóry**

Prof. Roman J. Nowicki, Dr hab. Magdalena Trzeciak

9:20–9:35 **Kiedy należy wykonywać próby kontaktowe u pacjentów z alergią pokarmową?**

Prof. Barbara Zegarska

9:35–9:50 **Alergia na kosmetyki**

Prof. Beata Kręcisz

9:50–10:05 **Jakie badania zrobić u pacjenta z pokrzywką?**

Dr hab. Magdalena Trzeciak

10:05–10:25 **Czy antybiotyki mają znaczenie w leczeniu AZS?**

Prof. Adam Reich

Wykład sponsorowany



10:40–11:00 PRZERWA NA KAWĘ

11:00–12:05 FARMAKOTERAPIA 1

Przewodniczący sesji: Prof. Ligia Brzezińska-Wcisło, Prof. Dorota Krasowska, Prof. Witold Owczarek, Dr n. med. Mariusz Sikora

11:00–11:15 **Terapia fotodynamiczna w gabinecie dermatologa praktyka**

Prof. Anna Wojas-Pelc

11:15–11:30 **Chłoniak B-komórkowy – od diagnostyki do leczenia**

Prof. Joanna Maj

11:30–11:50 **Objawy dermatologiczne niewydolności żyłnej – od rozpoznania do leczenia**

Wykład Konsultanta Krajowego w dziedzinie dermatologii i wenerologii
Prof. Joanna Narbutt

12:05–13:15 CHOROBY INFEKCYJNE I ZMIANY POLEKOWE

Przewodniczący sesji: Prof. Magdalena Czarnecka-Operacz, Prof. Iwona Flisiak, Prof. Irena Walecka, Dr n. med. Ewa Chlebus

12:05–12:20 **Grzybice głębokie – od diagnostyki do leczenia**

Prof. Zygmunt Adamski

12:20–12:35 **NGU – od diagnostyki do leczenia**

Prof. Stawomir Majewski, Dr hab. Beata Młynarczyk-Bonikowska

12:35–12:50 **Jak rozpoznać polekowe zmiany paznokciowe?**

Prof. Romuald Maleszka

12:50–13:05 **Półpasiec – nowoczesne metody profilaktyki i leczenia**

Dr hab. Beata Bergler-Czop

13:15–13:45 PRZERWA NA LUNCH

13:45–14:30 FARMAKOTERAPIA 2

Przewodniczący sesji: Prof. Zygmunt Adamski, Prof. Adam Reich, Prof. Małgorzata Sokotowska-Wojdyło, Dr hab. Agnieszka Osmola-Marłkowska

13:45–14:00 **Polekowe wypadanie włosów**

Prof. Ligia Brzezińska-Wcisło

14:00–14:20 **Zasady leczenia miejscowego atopowego zapalenia skóry u dorosłych**

Prof. Magdalena Czarnecka-Operacz

Wykład sponsorowany



14:30–15:30 NOWY WYMIAR SKUTECZNOŚCI W LECZENIU MIEJSCOWYM ŁUSZCZYCY

Przewodnicząca sesji: Dr n. med. Joanna Czuwara

Przypadki kliniczne

Dr n. med. Elżbieta Kłujśzo, Dr n. med. Monika Heisig, Dr Michał Adamczyk,
Dr n. med. Magdalena Raszewska-Famielec

O supersaturacji i lekach w pianie

Prof. Jadwiga Turło

Innowacyjne leczenie miejscowe łuszczycy

Prof. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek

Sesja sponsorowana



15:30–16:10 TRĄDZIK – NOWE ASPEKTY PIELEGNACJI I LECZENIA

Przewodnicząca sesji: Prof. Barbara Zegarska

Czy czynniki środowiskowe mają wpływ na przebieg trądziku?

Prof. Aleksandra Dańczak-Pazdrowska

Jak sztuczna inteligencja może pomóc lekarzowi i pacjentowi z trądzikiem?

Dr n. med. Marta Sar-Pomian

Pielęgnacja skóry u pacjentów leczonych retinoidami

Dr n. med. Ewa Chlebus

16:10–16:30 **PRZERWA NA KAWĘ**

**16:30–18:00 CHŁONIAKI SKÓRNE T-KOMÓRKOWE
– ASPEKTY PRAKTYCZNE**

Prowadzenie: Iwona Schymalla

16:30–16:45 **Pierwotnie skórne chłoniaki T-komórkowe – punkt widzenia dermatologa**

Prof. Małgorzata Sokołowska-Wojdyło

16:45–17:00 **Pierwotnie skórne chłoniaki T-komórkowe – punkt widzenia dermatopatologa**

Dr n. med. Joanna Czuwara

17:00–17:15 **Pierwotnie skórne chłoniaki T-komórkowe – punkt widzenia hematologa**

Dr n. med. Agnieszka Giza

17:15–17:30 **Potrzeby i problemy pacjentów chorujących na chłoniaki**

Prof. Joanna Maj

17:30–18:00 **Debata**

Sesja sponsorowana



18:00–18:40 MAKIJAŻ MEDYCZNY

VICHY
LABORATOIRES

8:00–9:00 PRZYPADKI KLINICZNE 2

Przewodniczący sesji: Prof. Maria Błaszczuk-Kostanecka, Prof. Joanna Maj,
Prof. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Dr hab. Agnieszka Żebrowska

Łysienie w okolicy wierzchołkowej – jeden obraz kliniczny, różne rozpoznania (3 min)

Dr hab. Adriana Rakowska, Dr n. med. Joanna Czuwara

Masywne brodawki wirusowe stóp i dłoni leczone acytretyną oraz imikwimodem (3 min)

Dr Bartosz Ptak, Dr Emilia Knosala, Dr n. med. Grażyna Wąsik

Zespół Wellsa u pacjenta z podejrzeniem choroby tkanki łącznej – trudności diagnostyczne (3 min)

Dr Karolina Englert, Dr n. med. Grzegorz Dyduch, Dr n. med. Aleksander Obtulowicz, Prof. Anna Wojas-Pelc

Uogólniona hiperpigmentacja skóry i błon śluzowych jako jedyna manifestacja kliniczna choroby Addisona (3 min)

Dr Natalia Pluta, Dr n. med. Małgorzata Słowik-Rylska, Prof. Beata Kręcisz

Niepełnosprawność intelektualna w zespole znamionowych nabłoniaków podstawnokomórkowych (3 min)

Dr Aleksandra Stefaniak, Dr n. med. Iwona Chlebicka, Dr n. med. Karolina Wójcicka, Prof. Jacek Szepietowski

Nietypowa postać chłoniaka rzekomego skóry (3 min)

Dr Kamila Tokarska, Prof. Elżbieta Waszczykowska, Prof. Anna Woźniacka

Interwencje dermatochirurgiczne w wybranych chorobach paznokci (3 min)

Dr n. med. Marta Sar-Pomian, Eryk Chrapowicki, Faisal Alsubaiei, Bertrand Richert

Zespół glukagonoma – seria przypadków (3 min)

Dr Agata Kłosowicz, Dr Natalia Juško, Dr Karolina Englert, Dr n. med. Monika Kapińska-Mrowiecka,
Prof. Anna Wojas-Pelc, Dr n. med. Andrzej Jaworek

Twardzina układowa o szybkim postępie stwardnień i nietypowym obrazie klinicznym u pacjenta z przeciwciałami anty-RNA PIII (3 min)

Dr Joanna Golińska, Dr n. med. Marta Sar-Pomian

Liszaj śluzowaty guzkowy – skuteczne leczenie acetonidem triamcynolonu podawanym doogniskowo (3 min)

Dr Karolina Wojtan, Dr hab. Adriana Rakowska

Kandydoza przetyku jako powikłanie leczenia biologicznego łuszczycy (3 min)

Dr n. med. Mariusz Sikora, Dr Patrycja Gajda

9:00–10:35 DERMATOLOGIA PEDIATRYCZNA

Przewodniczący sesji: Prof. Anna Zalewska-Janowska, Dr hab. Anna Lis-Święty, Dr n. med. Grażyna Wąsik

9:00–9:15 **Nagłe stany dermatologiczne u dzieci**

Prof. Andrzej Kaszuba

9:15–9:30 **Trądzik u dzieci – od rozpoznania do leczenia**

Prof. Iwona Flisiak

9:30–9:45 **Znamiona wrodzone u dzieci – od dermoskopii do leczenia**

Prof. Grażyna Kamińska-Winciorek

9:45–10:00 **Choroby pasożytnicze u dzieci – od rozpoznania do leczenia**

Prof. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek

10:00–10:15 **Linijna IgA dermatoza pęcherzowa u dzieci – od rozpoznania do leczenia**

Dr hab. Agnieszka Żebrowska

10:35–10:55 **PRZERWA NA KAWĘ**

10:55–11:15 QUIZ TRICHOSKOPOWY – mTRICHOSCOPY

Dr hab. Adriana Rakowska

Sesja sponsorowana



11:15–11:45 DERMATOLOG SPOTYKA REUMATOLOGA

Pacjent z łuszczycowym zapaleniem stawów w gabinecie dermatologa – punkt widzenia reumatologa

Dr n. med. Marcin Mazurek

Łuszczycowe zapalenie stawów i łuszczycy (przypadki kliniczne) – punkt widzenia dermatologa

Dr hab. Agnieszka Osmola-Mańkowska

Sesja sponsorowana



11:45–13:30 FARMAKOTERAPIA 3

Przewodniczący sesji: Prof. Anna Woźniacka, Prof. Lidia Rudnicka, Dr hab. Aldona Pietrzak

11:45–12:05 **Wykład gościa konferencji**

How to choose the best biological drug for my patient with psoriasis

Prof. Kilian Eyerich

Wykład sponsorowany

12:05–12:25 **Rogowacenie słoneczne – od diagnostyki do leczenia**

Prof. Witold Owczarek

12:25–12:40 **Leki przeciwdrobnoustrojowe we współczesnej recepturze lekarskiej**

Dr n. med. Andrzej Jaworek

12:40–12:55 **Hepatotoksyczne działanie leków stosowanych w dermatologii**

Prof. Krzysztof Tomaszewicz

12:55–13:10 **Dlaczego cele leczenia w łuszczycy ulegają zmianie?**

Prof. Aleksandra Lesiak

Wykład sponsorowany



13:30–14:00 PRZERWA NA LUNCH

14:00–14:50 PIELEGNACJA SKÓRY I LECZENIE ZEWNĘTRZNE – ISTOTNE NARZĘDZIA W RĘKACH DERMATOLOGA

Przewodniczący sesji: Prof. Aleksandra Dańczak-Pazdrowska, Dr hab. Anita Hryncewicz-Gwóźdź, Dr hab. Michał Sobjanek

14:00–14:20 **Mikrozaskórniki – problem dermatologiczny**

Dr n. med. Ewa Chlebus

Wykład sponsorowany



14:20–14:40 **Pielęgnacja skóry w AZS**

Prof. Zbigniew Samochocki

Wykład sponsorowany



14:50–16:20 WŁOSY I PAZNOKCIE

Przewodniczący sesji: Dr hab. Adriana Rakowska, Dr n. med. Olga Warszawik-Hendzel, Dr n. med. Marta Kurzeja

14:50–15:05 **Łojotokowe zapalenie skóry – od diagnostyki do leczenia**

Prof. Aleksandra Dańczak-Pazdrowska

15:05–15:20 **Minoksydyl – czy wszystko już wiemy?**

Prof. Małgorzata Olszewska

Wykład sponsorowany



15:20–15:35 **Kiedy i jakie hormony badać u pacjentów z łysieniem?**

Dr hab. Anna Lis-Święty

15:35–15:50 **Pacjent z trudną do leczenia grzybicą paznokci**

Dr hab. Anita Hryncewicz-Gwóźdź

15:50–16:05 **Jak wcześniej rozpoznać nowotwory aparatu paznokciowego – od kliniki do dermoskopii**

Dr hab. Michał Sobjanek

16:20–16:35 PRZERWA NA KAWĘ

16:35–17:45 FARMAKOTERAPIA 4

Przewodniczący sesji: Prof. Małgorzata Olszewska,
Dr n. med. Marta Sar-Pomian, Dr n. med. Magdalena Misiak-Gałązka

16:35–16:45 **Triamcynolon stosowany doogniskowo – nowe trendy**

Prof. Lidia Rudnicka

16:45–17:00 **Leczenie łysienia plackowatego u dzieci**

Dr hab. Dominika Wcisto-Dziadecka

17:00–17:10 **Kiedy, jak i u kogo stosować dietę aspirynową?**

Dr Małgorzata Maj

17:10–17:20 **Wielopostaciowe osutki świetlne – od diagnostyki do leczenia**

Dr n. med. Magdalena Misiak-Gałązka

17:20–17:30 **Kiedy i jak stosować naltrekson w niskich dawkach (LDN)**

Dr n. med. Mariusz Sikora

17:45 ZAKOŃCZENIE KONFERENCJI

Streszczenia

Prezentacje ustne

Nadżerkowe, krostkowe zapalenie skóry owłosionej głowy – rzadka postać łysienia bliznowaciejącego

dr Patrycja Gajda, dr hab. Adriana Rakowska,
dr med. Joanna Czuwara, dr Danuta Fedorczyk

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: Nadżerkowe, krostkowe zapalenie skóry głowy (*erosive pustular dermatosis of the scalp* – EPDS) jest rzadko opisywaną przewlekłą dermatozą o nieznanym etiologii. Predyspozycję stanowi zanik skóry związany z wiekiem i długotrwałą ekspozycją na światło słoneczne. Za czynniki prowokujące uznaje się miejscowe urazy, zakażenia skóry głowy i zabiegi dermatologiczne.

Opis przypadku: Prezentujemy przypadek 47-letniej pacjentki, która zgłosiła się do naszej Kliniki w październiku 2018 roku z powodu ognisk łysienia w okolicy ciemieniowej z towarzyszącym wyciekaniem treści ropnej. W wywiadzie u pacjentki w 2016 roku wystąpiły ogniska łysienia w miejscu oparzenia słonecznego, które ustąpiły po zastosowaniu miejscowych preparatów glikokortykosteroidowych. W badaniu przedmiotowym stwierdzono ogniska łysienia w okolicy ciemieniowej z bliznowaceniem w części centralnej oraz brązowo-żółte strupy z towarzyszącym rumieniem na obrzeżach. W posiewie treści ropnej nie stwierdzono obecności bakterii, natomiast w badaniu mikologicznym nie wyhodowano grzybów. W trichoskopii obecne były krwotoczne i surowiczo-ropne strupy oraz włóknienie. W badaniu histopatologicznym opisano mieszaną naciek zapalny, atrofię naskórka oraz łodygi włosowe pozbawione otoczki. Na podstawie całości obrazu klinicznego oraz badań dodatkowych rozpoznano nadżerkowe, krostkowe zapalenie skóry głowy. W leczeniu zastosowano propionian klobetazolu oraz takrolimus miejscowo. Stwierdzono ustąpienie świądu oraz zmian krostkowych i nadżerkowych.

Wnioski: Rozpoznanie nadżerkowego, krostkowego zapalenia skóry owłosionej głowy jest rozpoznaniem klinicznym, które ustala się poprzez wyłączenie innych chorób zajmujących skórę owłosioną głowy. Z tego powodu zachorowalność na to schorzenie jest znacznie niedoszacowana. Ze względu na brak patognomonicznego obrazu histopatologicznego trichoskopia jest ważnym badaniem umożliwiającym postawienie właściwej diagnozy.

Słowa kluczowe: łysienie bliznowaciejące, nadżerkowe, krostkowe zapalenie skóry głowy, trichoskopia, łysienie ogniskowe.

Łysienie androgenowe – rzadka przyczyna utraty włosów u dzieci

dr med. i dr n. o zdr. Anna Waśkiel-Burnat,
dr hab. Adriana Rakowska,
prof. dr hab. Małgorzata Olszewska

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: Łysienie androgenowe to najczęstsza przyczyna wypadania włosów u kobiet i mężczyzn, której częstość występowania wzrasta z wiekiem. Choroba rzadko pojawia się u dzieci przed okresem pokwitania. U większości dzieci z łysieniem androgenowym stwierdza się dodatni wywiad rodzinny w kierunku łysienia androgenowego (przynajmniej u jednego z rodziców). Ponadto choroba może być związana z przedwczesnym dojrzewaniem płciowym i/lub hiperandrogenizmem.

Opis przypadku: Pacjentka 10-letnia ze współistniejącą otyłością stopnia I (BMI = 31 kg/m²) zgłosiła się do poradni dermatologicznej z powodu występującej od 2 lat stopniowej utraty włosów. Dziewczynka przed pojawieniem się pierwszej miesiączki. W wywiadzie stwierdzono łysienie androgenowe u matki. W badaniu przedmiotowym obserwowano przerzedzenie włosów w okolicy czołowo-wierzchołkowej oraz nieznaczne powiększenie gruczołów sutkowych. Nie stwierdzono owłosienia pachowego i łonowego. W badaniu trichoskopowym wykazano heterogeniczność grubości łodyg, zwiększoną liczbę pojedynczych jednostek włosowych oraz zmniejszoną liczbę potrójnych jednostek włosowych. W badaniach laboratoryjnych (morfologia, testosteron, androstendion, DHEA-S, estrogeny, SHGB, prolaktyna, kortyzol, TSH, żelazo, ferrytyna) nie stwierdzono istotnych odchyśleń od stanu prawidłowego. W badaniu USG jamy brzusznej nie wykazano nieprawidłowości. Pacjentkę konsultowano ginekologicznie – nie stwierdzono istotnych odchyśleń od normy. Na podstawie obrazu klinicznego i wyników badań dodatkowych rozpoznano łysienie androgenowe. W leczeniu zastosowano minoksydyl 2% raz dziennie i uzyskano poprawę stanu miejscowego (zwiększenie grubości łodyg włosowych).

Wnioski: Łysienie androgenowe jest rzadką przyczyną utraty włosów u dzieci przed okresem pokwitania. Rozpoznanie to powinno być brane pod uwagę po wykluczeniu innych częstych przyczyn utraty włosów (grzybica skóry owłosionej głowy, łysienie plackowate, zespół luźnych włosów anagenowych, łysienie telogenowe i trichotillomania). U dzieci z łysieniem androgenowym należy zawsze wykluczyć przedwczesne dojrzewanie płciowe oraz hiperandrogenizm.

Słowa kluczowe: łysienie, łysienie androgenowe, łysienie u dzieci.

Rosacea fulminans z rhinophyma oraz ciężkimi powikłaniami ocznymi u młodej kobiety

dr Joanna Pogorzelska-Dyrbuś

„Estevita” Specjalistyczna Praktyka Lekarska w Tychach

Wprowadzenie: Trądzik różowaty jest zapalną chorobą skóry obejmującą czoło, nos i policzki. Najcięższą jego odmianą jest postać piorunująca, która najczęściej występuje u zdrowych, młodych kobiet. *Rhinophyma* jest deformacją nosa wynikającą z przerostu tkanki łącznej oraz gruczołów łojowych. Najczęściej dotyczy starszych mężczyzn w przebiegu długoletniego trądziku różowatego, niezmiernie rzadko występuje u kobiet. Wyjątkowo rzadko spotyka się współistnienie piorunującej postaci trądziku różowatego z *rhinophyma*.

Opis przypadku: Kobieta 31-letnia zgłosiła się z objawami piorunującej postaci trądziku różowatego oraz kalafiorowatego rozrostu tkanek miękkich nosa. Objawy występowały od około 6 miesięcy z wyraźnym zaostrzeniem w ostatnich tygodniach przed wizytą. Dotychczas pacjentka była leczona jedynie preparatami miejscowymi. Objawom skórny towarzyszyły szybko postępujące zaburzenia okulistyczne w postaci prawie całkowitej utraty wzroku z powodu powikłań zapalenia błony naczyniowej oczu. Na podstawie obrazu klinicznego pacjentce włączono izotretynoinę, początkowo w dawce 40 mg/dobę przez 4 miesiące, następnie 50 mg/dobę przez kolejne 3 miesiące, a następnie 30 mg/dobę przez kolejnych 6 miesięcy. Pacjentka była w trakcie leczenia okulistycznego (witrektomia tylna z endotamponadą olejem silikonowym, a następnie otrzymała metyloprednizolon w dawce 4 mg/dobę przez 3 tygodnie). Uzyskano bardzo dobry efekt – całkowite ustąpienie *rhinophyma*, cofnięcie cech trądziku różowatego do słabo wyrażonej fazy rumieniowej ze znaczną poprawą stanu okulistycznego.

Wnioski: Chociaż zdarza się współwystępowanie trądziku różowatego z powikłaniami ocznymi oraz trądziku różowatego z *rhinophyma*, to jednocześnie występowanie wszystkich trzech patologii u młodej kobiety jest niezwykle rzadkością, dotąd nieopisywaną w piśmiennictwie.

Słowa kluczowe: *rhinophyma*, *rosacea fulminans*, powikłania oczne.

Trudności diagnostyczne wysoko zróżnicowanego naczyńniakomięsaka twarzy. Znaczenie diagnostyki dermatopatologicznej

dr med. Joanna Czuwara, dr med. Olga Warszawik-Hendzel

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: Wysoko zróżnicowane naczyńniakomięsaki twarzy i szyi mogą imitować przewlekły proces zapalny, tj. trądzik różowaty, naczyńniak chłonny, zapalenie mieszków włosowych, chorobę Morbihana, cellulit, ziarniniakowe zapalenie skóry. Wnikliwa ocena kliniczna, podejrzenie *angiosarcoma* i biopsja na podstawie obrazu dermoskopowego powinny przekładać się na jakość konsultacji patologicznej.

Opis przypadku: Przedstawiamy 74-letniego mężczyznę z plamisto-naczyniową zmianą na nosie i policzku prawym od 3 lat, stopniowo postępującą na skórze twarzy z wyraźnymi teleangiektazjami, która w pierwszej biopsji została zdiagnozowana jako *lymphangioma*. W związku z brakiem korelacji klinicznej pobrano drugi wycinek, który miał cechy wysoko zróżnicowanego *angiosarcoma* w ocenie dermatopatologicznej. Pacjenta skierowano na leczenie onkologiczne. Drugi przypadek to 71-letnia kobieta ze zmianami plamisto-naczyniowymi i plamisto-grudkowymi skóry policzka prawego z obecnością wynaczynionej krwi, klinicznie i dermatopatologicznie podejrzewana o *angiosarcoma*. Została ona skierowana do ośrodka onkologicznego, gdzie pobrano kolejny wycinek chirurgiczny bez sugestii klinicznej i oceniono jako zmiany zapalno-odczynowe. Podczas ponownej konsultacji dermatopatologicznej uzyskano wynik silnie sugerujący *angiosarcoma* oparty na charakterystycznym obrazie mikroskopowym, który nie występuje w żadnej innej dermatozie skóry twarzy.

Wnioski: *Angiosarcoma* twarzy i szyi powstaje na uszkodzonej słońcem skórze. Charakteryzuje się ona naczyńniowo-zapalnym charakterem, którego istotę stanowi złośliwa transformacja komórek śródbłonka prowadząca do powstania niepełnowartościowych naczyń i szczelin, z obecnością wynaczynionej krwi. Komórki śródbłonka mają cechy hiperchromazji i polimorfizmu jądrowego oraz wpuklają się do światła naczyń, pływają w ich świetle lub proliferują w skórze właściwej. Z barwień poza markerami śródbłonkowymi CD31, Fli1 czy Erg warto wykonać c-myc, Ki-67 oraz podoplaninę (D2-40). W przypadku nierozstrzygającego wyniku barwień należy uwzględnić duże, polimorficzne komórki śródbłonka, wynaczynione erytrocyty, szerokie przestrzenie imitujące naczynia chłonne na podłożu

uszkodzonej słońcem skóry jako indykatory wysoce sugerujące *angiosarcoma*.

Słowa kluczowe: naczyńniakomięsak, *angiosarcoma*, atypowe naczynia, atypowe komórki śródbłonka.

Rak kolczystokomórkowy aparatu paznokciowego

dr Małgorzata Maj, dr med. Joanna Czuwara,
dr med. Marta Sar-Pomian,
prof. dr hab. Małgorzata Olszewska

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: Raki skóry stanowią około 75% wszystkich nowotworów złośliwych. Rak kolczystokomórkowy (*carcinoma spinocellulare*, SCC) jest drugim, po raku podstawnokomórkowym, złośliwym nowotworem skóry i stanowi 15–20% wszystkich raków skóry. Rzadko daje przerzuty. Może naciekać okoliczne tkanki, np. kość. Rak kolczystokomórkowy aparatu paznokciowego występuje rzadko (0,0012–0,028%) i zwykle rośnie wolno. Etiologia jest nieznana. Postulowany jest wpływ HPV, przewlekłego drażnienia i naświetlań. Klinicznie jest guzkiem unoszącym płytkę paznokciową. Diagnostyka różnicowa obejmuje: brodawki HPV, grzybicę, *pyogenic granuloma*, rogowiaka kolczystokomórkowego i czerniaka bezbarwnikowego. W rozpoznaniu pomocne są obraz kliniczny, dermoskopia, RCM, OCT, a rozstrzygające – badanie histopatologiczne. W leczeniu stosuje się zabieg chirurgiczny, chirurgię Mohsa, radioterapię oraz leczenie niechirurgiczne imikwimodem i fluorouracylem.

Opis przypadku: Mężczyzna 64-letni konsultowany w 2018 roku w Poradni Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu obecnego od około 8 lat hiperkeratotycznego guzka o średnicy około 10 mm pod płytką paznokciową lewego kciuka. W wywiadzie stwierdzono ukąszenie przez owada w wał paznokciowy w Afryce, z wtórnym odbarwieniem pod płytką paznokciową o średnicy 3–4 mm z zaburzeniami czucia. Pacjent był leczony lekiem przeciwgrzybiczym doustnie w 2010 roku, miał usuniętą płytkę paznokciową oraz stosował preparat srebra i środki odkażające – bez poprawy. Trzy tygodnie przed konsultacją wystąpiły dolegliwości bólowe. W wideodermoskopii widoczne były: onycholiza, różnokształtne naczynia krwionośne, wynaczynienia i żółtawe bezpostaciowe struktury. Z powodu współistniejącej infekcji *Proteus mirabilis* zastosowano leczenie miejscowe gentamy-

cyną. W badaniu histopatologicznym biopsji wykazano SCC z obecnością komórek Bowena. Na zdjęciu RTG nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości. Po wykonaniu doszczętnego zabiegu chirurgicznego z plastyką ubytku pacjent jest pod specjalistyczną opieką dermatologiczną.

Wnioski: Rak kolczystokomórkowy aparatu paznokciowego może mieć zróżnicowany obraz kliniczny i przebieg. Rokowanie jest dobre, jeśli SCC zostanie wcześniej rozpoznany, w czym pomocne są dermoskopia i biopsja. Dodatkowo dermoskopia jest przydatna do wyboru miejsca biopsji. Obecność bólu może wskazywać na inwazję nowotworu do kości, a zdjęcie RTG jest w tym przypadku niezbędne. Najczęściej stosowaną metodą terapeutyczną jest zabieg chirurgiczny, a w przypadku inwazji do kości – amputacja. Ze względu na ryzyko nawrotu zalecana jest ścisła i długotrwała obserwacja.

Słowa kluczowe: rak kolczystokomórkowy, paznokciec, dermoskopia, histopatologia.

Rozsiane zmiany skórne w przebiegu klasycznej postaci mięsaka Kaposiego

dr Aleksandra Wielgoś, dr med. Mariusz Sikora,
dr med. Joanna Czuwara,
dr hab. Zbigniew Samochocki

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego, Szpital Dzieciątka Jezus
w Warszawie

Wprowadzenie: Mięsak Kaposiego jest rzadkim nowotworem wywodzącym się z komórek mezenchymy naczyńniowej. Etiopatogeneza tego nowotworu wiąże się z infekcją ludzkim wirusem opryszczki typu 8 (HHV8). W praktyce wyróżnia się cztery warianty tej choroby: postać epidemiczną związaną z zakażeniem HIV, postać jatrogenną u osób stosujących immunosupresję, postać endemiczną u młodych mężczyzn z Afryki Równikowej oraz postać klasyczną. Odmiana klasyczna występuje najczęściej u mężczyzn w wieku podeszłym na skórze gładkiej dystalnych odcinków kończyn dolnych. Opisano nieliczne przypadki postaci klasycznej z rozsianymi zmianami skórnymi.

Opis przypadku: Mężczyzna 85-letni został przyjęty do Kliniki Dermatologicznej z powodu występujących od około 0,5 roku licznych, rozsianych zmian guzkowych, grudkowych i rumieniowo-nacieko-

wych, barwy od różowej do niebieskofioletowej, o największym nasileniu na skórze gładkiej lewego podudzia, ramion, szyi i twarzy. Z powodu podejrzenia liszaja płaskiego pacjent leczony był ambulatoryjnie miejscowymi glikokortykosteroidami oraz doustnymi lekami przeciwhistaminowymi – bez poprawy. W badaniach laboratoryjnych przy przyjęciu nie stwierdzono istotnych odchyłeń od normy. W dermoskopii wykazano niebiesko-czerwone obszary i objaw tęczy. W badaniu histopatologicznym wycinków ze zmian skórnych opisano obraz histopatologiczno-cytologiczny odpowiadający mięsakowi Kaposiego. Wynik badania w kierunku zakażenia wirusem HIV był ujemny. W radiogramie klatki piersiowej opisano zmianę ogniskową do różnicowania ze zwapnieniem w płucu lewym, pogrubienie rysunku śródmiąższowego w dolnych partiach obu płuc ze zmianami włóknistymi, w polu dolnym płuca prawego drobne zmiany guzkowe – zmiany w przebiegu choroby podstawowej lub limfadenopatia do dalszej diagnostyki. Na podstawie obrazu klinicznego oraz badania histopatologicznego ustalono rozpoznanie mięsaka Kaposiego i skierowano pacjenta na dalsze leczenie onkologiczne.

Wnioski: Przedstawiony przypadek wskazuje na konieczność uwzględnienia klasycznej postaci mięsaka Kaposiego w diagnostyce różnicowej rozsia- nych zmian skórnych oraz na znaczenie dermoskopii jako metody wspomagającej wstępne rozpoznanie.

Słowa kluczowe: nowotwór, rozsiane zmiany skórne, objaw tęczy, dermoskopia, mięsak Kaposiego.

Podejrzenie raka wodnego u pacjenta z owrzodzeniami w obrębie twarzoczaszki, szyi i karku

dr Sebastian Patrzyk, dr hab. Dorota Torzecka

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

Wprowadzenie: Rak wodny (*noma* – z języka greckiego: pożerać, trawić; łac. *cancrum oris*) to martwicze, zgorzelinowe zapalenie tkanek w obrębie twarzoczaszki prowadzące do ich nieodwracalnej destrukcji. Choroba bardzo rzadko występuje w krajach rozwiniętych. Źródłem zakażenia jest oportunistyczna flora bakteryjna bytująca w jamie ustnej. Punktem wyjścia zmian jest najczęściej błona ślu-

zowa dziąseł. Czynnikiem predysponującym do jej wystąpienia są między innymi: wiek dziecięcy, cukrzyca, zaburzenia odporności, niedożywienie, alkoholizm, palenie tytoniu. Nieleczona *noma* w ostrej fazie charakteryzuje się wysoką śmiertelnością.

Opis przypadku: Mężczyzna 47-letni zgłosił się do Kliniki Dermatologii i Wenerologii z powodu głębokich owrzodzeń z ubytkiem okolicznych tkanek oraz nadżerek i blizn w obrębie głowy, szyi i karku. Zmiany występowały od kilku miesięcy. Stan ogólny pacjenta był dobry, kontakt utrudniony. Morfologia i dystrybucja zmian mogły świadczyć o samouszkodzeniu. Według psychiatry chory nie stwarzał zagrożenia dla siebie ani otoczenia i nie wymagał pilnego leczenia. W podstawowych badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono istotnych odchyłeń od normy, ponadto przeciwciała p-ANCA i c-ANCA były ujemne, test w kierunku HIV – negatywny. W posiewie wyhodowano bakterię *Staphylococcus aureus*. W badaniu tomografii komputerowej wykazano liczne ubytki tkanek miękkich oraz destrukcję struktur kostnych oczodołu i zatoki szczękowej. Charakter zmian w jamie ustnej według chirurga szczękowo-twarzowego sugerował raka wodnego. Pobrano wycinek do badania histopatologicznego z owrzodzenia w obrębie czoła. Pacjent samowolnie opuścił szpital przed ukończeniem procesu diagnostyczno-leczniczego. W otrzymanym później wyniku badania histopatologicznego rozpoznano *carcinoma basocellulare infiltrans*.

Wnioski: Jednoznaczne ustalenie przyczyn zmian chorobowych u pacjenta nie było możliwe. Wydaje się bardzo prawdopodobne współistnienie kilku czynników, takich jak uszkodzenia mechaniczne, zakażenie bakteryjne oraz proces nowotworowy. Zmiany miały niewątpliwie postępujący charakter i w przypadku braku leczenia mogą prowadzić do dalszego inwalidztwa, a nawet zagrażać życiu chorego. Brak współpracy ze strony pacjenta okazał się w tym przypadku czynnikiem uniemożliwiającym pełną diagnostykę i leczenie.

Słowa kluczowe: *noma*, rak wodny, *cancrum oris*, *carcinoma basocellulare*.

Piodermia zgorzelinowa współistniejąca z alergią kontaktową

dr Monika Gieroń, dr Maria Matejko,
prof. nadzw. dr hab. Beata Kręcisz

Klinika Dermatologii Wydziału Lekarskiego i Nauk
o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wprowadzenie: Piodermia zgorzelinowa jest chorobą zapalną, charakteryzującą się masywnym naciekiem z neutrofilów z wtórnym uszkodzeniem naczyń. Często wiąże się z innymi chorobami, takimi jak nieswoiste zapalenie jelit, gammopatie, reumatoidalne zapalenie stawów. Pierwotna zmiana to zapalny czerwony guzek lub krostka, często poprzedzona niewielkim urazem, która szybko ulega owrzodzeniu.

Opis przypadku: Mężczyzna 64-letni został przyjęty do Kliniki Dermatologii w Kielcach w listopadzie 2016 roku z powodu owrzodzeń na podudziu prawym z nadżerkami oraz zmianami rumieniowo-złuszczającymi wokół metalowego aparatu stabilizującego staw kolanowy prawy założonego w sierpniu 2016 roku wskutek zmian zwyrodnieniowych z podwichnięciem i przykurczem zgięciowo-wyprostnym. Przed hospitalizacją pacjent był leczony ambulatoryjnie miejscowo preparatem z neomycyną. W Klinice ze względu na podejrzenie alergii kontaktowej zastosowano Polską serię podstawową testów płatkowych oraz test otwarty z Octeniseptem – dodatnie wyniki na nikiel, a także neomycynę. Zalecono usunięcie stabilizatora zewnętrznego. W styczniu 2018 roku mężczyzna był hospitalizowany na Oddziale Ortopedii z powodu infekcji stawu kolanowego prawego – wszczepiono granulaty Stymulan z wankomycyną i gentamycyną. W listopadzie 2018 roku pacjent po raz kolejny został przyjęty do Kliniki Dermatologii z powodu głębokich owrzodzeń w okolicy podkolanowej prawej z wydzieliną włóknikowo-ropną oraz stanem zapalnym w otoczeniu. Ponadto na kończynach dolnych i brzuchu stwierdzono drobne zmiany plamicze. Ze względu na szybkie poszerzanie się owrzodzeń pobrano wycinek skóry do badania histopatologicznego – obraz najbliższy rozpoznaniu piodermia zgorzelinowa. Zastosowano antybiotykoterapię ogólną zgodną z posiewem, prednizon w dawce 40 mg/dobę ze stopniową redukcją dawki oraz leczenie miejscowe, uzyskując znaczną redukcję zmian skórnych. Po około 3 miesiącach terapii osiągnięto niemal całkowite zagojenie owrzodzeń.

Wnioski: U osób uczulonych na neomycynę przeciwwskazane jest stosowanie tego leku i innych antybiotyków z grupy aminoglikozydów (gentamycyna). Przewlekły stan zapalny wywołany nadwrażliwo-

ścią na antybiotyki aminoglikozydowe oraz nikiel mógł zainicjować rozwój piodermii zgorzelinowej. Potwierdzeniem rozpoznania była dobra odpowiedź na leczenie glikokortykosteroidami ogólnie.

Słowa kluczowe: piodermia zgorzelinowa, alergii kontaktowa, owrzodzenia.

Nowotwór z blastycznych, plazmocytydnych komórek dendrytycznych (BPDCN) – różnorodność obrazu klinicznego oraz trudności diagnostyczno-terapeutyczne

dr Kamila Migacz-Gruszka, dr med. Paweł Brzewski,
dr med. Aleksander Obtulowicz,
prof. dr hab. Anna Wojaś-Pelc

Katedra i Klinika Dermatologii Szpitala Uniwersyteckiego
w Krakowie

Wprowadzenie: Nowotwór z blastycznych, plazmocytydnych komórek dendrytycznych (*blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm* – BPDCN) jest rzadko rozpoznawaną i bardzo źle rokującą chorobą rozrostową wywodzącą się z prekursorów plazmocytydnych komórek dendrytycznych. Zazwyczaj BPDCN wyjściowo rozwija się w skórze, a następnie zajmuje wtórnie węzły chłonne, krew obwodową oraz szpik. Obraz zmian skórnych może być zróżnicowany – nowotwór może występować w postaci pojedynczego wykwitwu lub mnogich wykwitów o typie plam, guzków i guzów. Postęp choroby jest wysoce agresywny, mediana czasu przeżycia wynosi 12–14 miesięcy. Podstawową metodą leczenia BPDCN jest chemioterapia, a po uzyskaniu optymalnej odpowiedzi na leczenie – alotransplantacja komórek krwiotwórczych.

Opis przypadku: Prezentujemy przypadek 66-letniego mężczyzny, który został przyjęty na oddział dermatologiczny w celu diagnostyki oraz leczenia zmian rumieniowo-naciekowych. Pierwsze zmiany skórne powstały w okolicy czołowo-ciemienniczej 6 miesięcy przed przyjęciem – początkowo była to pojedyncza zmiana rumieniowa z następczą progresją i zmianą charakteru na rumieniowo-naciekową, zbliżnowaciała, z obecnością pojedynczych owrzodzeń. Po około 2 miesiącach na przedniej powierzchni klatki piersiowej pojawiły się liczne ogniska rumieniowo-naciekowe. U pacjenta zastosowano dotychczas miejscowo oraz ogólnie leczenie przeciwgrzybicze,

przeciwbakteryjną glikokortykosteroidoterapię – bez żadnej poprawy. W trakcie hospitalizacji w badaniach laboratoryjnych stwierdzono pancytopenię. Wykluczono tło bakteryjne, wirusowe oraz autoimmunologiczne. W badaniach obrazowych (USG jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej) nie stwierdzono nieprawidłowości. Pobrano wycinek skóry do badania immunofenotypowego, a następnie ze względu na pancytopenię pacjenta skierowano do Kliniki Hematologii w celu wykonania trepanobiopsji szpiku. U mężczyzny na podstawie wyników badań wstępnie rozpoznano ostrą białaczkę linii monoblasta. Po zweryfikowaniu badania immunofenotypowego wycinka skóry i trepanobiopsji oraz analizie pełnych danych kliniczno-laboratoryjnych ostatecznie rozpoznano BPDCN. Po zastosowaniu pierwszego cyklu chemioterapii uzyskano całkowitą regresję zmian skórnych. Obecnie pacjent jest w trakcie poszukiwania dawcy do alogenicznego przeszczepu szpiku.

Wnioski: Nowotwór z blastycznych, plazmocytoïdnych komórek dendrytycznych to niezwykle agresywna choroba cechująca się szybką progresją. Zróżnicowany obraz kliniczny utrudnia rozpoznanie tej jednostki chorobowej. Wczesna diagnoza ma istotne znaczenie dla rozpoczęcia odpowiedniej terapii.

Słowa kluczowe: nowotwór z blastycznych, plazmocytoïdnych komórek dendrytycznych, BPDCN, opis przypadku, manifestacja skórna, zmiany skórne w chorobach ogólnoustrojowych.

sienia trwającego około 3 miesięcy. W wywiadzie podawał blisko 10 przygodnych, anonimowych kontaktów seksualnych, ostatni w październiku 2018 roku. Pierwsze zmiany w postaci osutki plamistej wystąpiły w grudniu 2018 roku. Następnie pojawiła się utrata włosów oraz ból gardła. W badaniu przedmiotowym stwierdzono cechy ogniskowego łysienia kiłowego, zaczerwienioną błonę śluzową gardła i łuków podniebienne-gardłowych, powiększone, niebolesne węzły chłonne pachwinowe. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono dodatnie odczyny kiłowe: VDRL (1/64), FTA (1/36000), FTA-ABS (++++), TPHA (1/20480), wynik HIV (-). Rozpoznano kiłę drugiego okresu. W leczeniu zastosowano jednorazową dawkę 2,4 mln. j. penicyliny benzatynowej. Trzy miesiące po leczeniu uzyskano częściowy odrost włosów oraz następujące wyniki: dodatni VDRL (1/32), FTA (1/108000), FTA-ABS (++++), TPHA (1/5120).

Wnioski: Prezentowany przypadek wpisuje się w aktualną sytuację epidemiologiczną w Europie. Osoby w wieku 15–24 lat stanowią około 13% wszystkich pacjentów z kiłą. Wzrost zachorowań na kiłę obserwowany wśród homoseksualistów związany jest z licznymi, przygodnymi i anonimowymi kontaktami seksualnymi bez zabezpieczeń.

Słowa kluczowe: kiła drugiego okresu, szesnastolatek.

Kiła drugiego okresu u szesnastoletniego chłopca

dr Urszula Skiepkó, dr hab. Agnieszka B. Serwin,
dr med. Małgorzata Janczyło-Jankowska,
prof. dr hab. Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Wprowadzenie: W 2017 roku zapadalność na kiłę w krajach Unii Europejskiej wynosiła 7,1 przypadku na 100 000. Schorzenie dziewięć razy częściej występowało u mężczyzn niż kobiet, a 2/3 zachorowań dotyczyło mężczyzn o orientacji homoseksualnej.

Cel pracy: Przedstawiamy przypadek 16-letniego chłopca chorego na kiłę, który aktywność seksualną zainicjował w 15. roku życia przez portal randkowy dla homoseksualistów.

Opis przypadku: Szesnastoletni pacjent zgłosił się do Kliniki w kwietniu 2019 roku z powodu ły-

Pemfigoid pęcherzowy u noworodka

dr Martyna Skręta-Śliwińska¹,
dr hab. Elżbieta Jakubowska-Pietkiewicz²,
prof. dr hab. Anna Woźniacka¹,
dr hab. Agnieszka Żebrowska¹

¹Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Klinika Propedeutyki Pediatrii i Chorób Metabolicznych Kości z Oddziałem Patologii Noworodka Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie: Pemfigoid jest przewlekłą, autoimmunologiczną dermatozą pęcherzową cechującą się dużymi, dobrze napiętymi pęcherzami umiejscowionymi w obrębie wykwitów rumieniowo-obrzękowych oraz w skórze pozornie niezmienionej. Pemfigoid noworodków to bardzo rzadka postać pemfigoidu, pojawiająca się zwykle po szczepieniach.

Opis przypadku: Noworodek płci męskiej, urodzony z ciąży II, poród II, w 39. tygodniu jej trwania poprzez cięcie cesarskie, w stanie ogólnym dobrym,

oceniony według skali Apgar na 10 punktów. W 21. tygodniu ciąży matka zachorowała na półpasiec oczny, który był leczony acyklowirem *i.v.* Ponadto w wywiadzie rodzinnym obecne były choroba Churga-Strauss u ojca dziecka oraz choroba Hashimoto u babci ze strony matki. W pierwszej dobie życia dziecko otrzymało jedną dawkę szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. W drugiej dobie życia u noworodka na skórze gładkiej ciała w obrębie tułowia i kończyn pojawiły się dość dobrze napięte pęcherze wypełnione surowiczą treścią na podłożu rumieniowym oraz w obrębie skóry pozornie niezmienionej. Dodatkowo obserwowano złuszczenie naskórka w obrębie kończyn, ze szczególnym nasileniem w obrębie rąk i stóp. W związku z pojawieniem się zmian pacjenta hospitalizowano w Szpitalu Dziecięcym, gdzie początkowo wysunięto podejrzenie zespołu SSSS i włączono leczenie dożylne – antybiotykami, immunoglobulinami oraz albuminami. Ze względu na brak poprawy po zastosowanej terapii chorego skonsultowano dermatologicznie. Zdecydowano o pobraniu wycinków skórnych do badania immunofluorescencji bezpośredniej (*direct immunofluorescence test* – DIF), w którym stwierdzono obecność liniowych i ziarnistych złogów C (++) na granicy skórno-naskórkowej. W badaniu immunofluorescencji pośredniej (*indirect immunofluorescence test* – IIF) nie wykazano obecności przeciwciał. Obraz kliniczny i wynik badania DIF pozwoliły rozpoznać pemfigoid pęcherzowy. Dzięki zastosowaniu leczenia miejscowego preparatami zawierającymi glikokortykosteroidy uzyskano poprawę kliniczną.

Wnioski: Przedstawiamy przypadek ze względu na niezwykle rzadkie występowanie tej jednostki chorobowej u noworodków, co może powodować trudności diagnostyczne. W różnicowaniu należy wziąć pod uwagę choroby infekcyjne i inne choroby autoimmunologiczne pęcherzowe. Postawienie prawidłowej diagnozy jest istotne ze względu na różne leczenie i rokowanie poszczególnych chorób.

Słowa kluczowe: pemfigoid pęcherzowy, noworodek, immunofluorescencja bezpośrednia.

Łysienie w okolicy wierzchołkowej – jeden obraz kliniczny, różne rozpoznania

dr hab. Adriana Rakowska, dr med. Joanna Czuwara

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: Łysienie w okolicy wierzchołka głowy jest zazwyczaj rozpoznawane jako łysienie androgenowe typu męskiego. W obrazie trichoskopowym na charakterystyczny wzór składają się: heterogeniczność grubości łądyg i zwiększony odsetek włosów meszkowych, żółte kropki, utrata jednostek włosowych z trzema łądygami na korzyść jednostek włosowych z jedną łądygą.

Opis przypadku: Poza przedstawieniem typowego wzoru trichoskopowego łysienia androgenowego w okolicy wierzchołkowej zostaną zaprezentowane przypadki o bardzo podobnym obrazie klinicznym, ale z odmiennymi rozpoznaniami ustalonymi na podstawie trichoskopii i w niektórych przypadkach – histopatologii. Te odmiennie rozpoznania to łysienie plackowate (w trichoskopii: włosy wykrzykniowe, ułamane, czarne kropki, żółte kropki), liszaj płaski mieszkowy (obszary białoczerwone pozbawione ujść mieszków włosowych, włosy skręcone, złuszczenie okolomieszkowe) i chłoniak T-komórkowy (obecne żółte kropki, białe pasma wokół jednostek włosowych, charakterystyczny komponent naczyńniowy, włosy skręcone).

Wnioski: Nawet w oczywistych klinicznie przypadkach łysienia należy wykonać badanie trichoskopowe w celu weryfikacji diagnozy.

Słowa kluczowe: trichoskopia, łysienie androgenowe, łysienie plackowate, liszaj płaski mieszkowy, ziarniniak grzybiasty.

Wprowadzenie: Brodawki podeszwowe (*verrucae plantares*) stanowią grupę wirusowych zakażeń naskórka, często opornych na dostępne leczenie.

Cel pracy: Przedstawienie opisu przypadku 2 pacjentów leczonych doustnie acytretyną oraz miejscowo imikwimodem i/lub maścią salicylową z powodu nasilonych brodawek podeszwowych przebiegających z wtórnym zajęciem skóry dłoni.

Opis przypadku: Przedstawiono przypadki 52-letniej kobiety i 53-letniego mężczyzny, którzy zgłosili się na Oddział Dermatologii Szpitala Wojewódzkiego w Opolu z powodu hiperkeratocyticznych nawarstwień w obrębie skóry dłoni i stóp. Na podstawie obrazu klinicznego oraz badania histologicznego ustalono rozpoznanie brodawek wirusowych. Do leczenia włączono doustnie acytretynę oraz dodatkowo miejscowo imikwimod i/lub maść salicylową. Po 4-miesięcznym okresie leczenia uzyskano umiarkowaną bądź znaczącą poprawę zmian skórnych.

Wnioski: Przegląd piśmiennictwa oraz przedstawione przypadki wskazują, że w codziennej praktyce dermatologicznej ciągle nie posiadamy pewnego oręża w walce z brodawkami wirusowymi. Zastosowane leczenie stanowi ważną alternatywę dla leczenia opornych brodawek wirusowych.

Słowa kluczowe: oporne brodawki wirusowe, acytretyna, imikwimod.

Zespół Wellsa u pacjenta z podejrzeniem choroby tkanki łącznej – trudności diagnostyczne

dr Karolina Englert¹, dr med. Grzegorz Dyduch²,
dr med. Aleksander Obtulowicz¹,
prof. dr hab. Anna Wojas-Pelc¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

²Katedra Patomorfologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Wprowadzenie: Eozynofilowe zapalenie tkanki łącznej jest rzadką chorobą zapalną skóry o nieznannej etiologii. Po raz pierwszy została opisana przez Wellsa w 1971 roku jako nawracające, ziarniniakowe zapalenie skóry z eozynofilią. Zmiany skórne w przebiegu zespołu Wellsa mają różnorodny obraz kliniczny i charakteryzują się obecnością blaszek, pierścieniowatych zmian ziarniniakopodobnych, wykwitów grudkowo-pęcherzykowych, pęcherzowych, grudkowo-guzkowych, przypominających

Masywne brodawki wirusowe stóp i dłoni leczone acytretyną oraz imikwimodem

dr Bartosz Ptak, dr Emilia Knosala,
dr med. Grażyna Wąsik

Oddział Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu

pokrzywkę i rumień trwały. W badaniu histopatologicznym stwierdza się takie cechy, jak obrzęk, okołonaczyniowe nacieki eozynofilowe oraz tzw. ogniste języki (*flame figures*) w skórze właściwej. Patomechanizm rozwoju zespołu Wellsa jest dotychczas nieznanym, a zmiany skórne wymagają różnicowania z innymi jednostkami chorobowymi.

Cel pracy: Przedstawienie przypadku pacjenta Kliniki Dermatologii w Krakowie, u którego rozpoznano zespół Wellsa na podstawie charakterystycznych cech klinicznych i histopatologicznych.

Opis przypadku: Mężczyzna 50-letni pozostawał pod obserwacją Poradni Dermatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie od 2014 roku z powodu podejrzenia choroby tkanki łącznej. W wynikach badań immunologicznych stwierdzono: ANA o typie świecenia ziarnistym (1 : 5120), cytoplazmatycznym (1 : 2560), zidentyfikowane jako specyficzne przeciwciała anty-SSA; anty-SSB oraz anty-rybosomalne białko P (+++). W badaniu HRCT klatki piersiowej zauważono zmiany guzkowe, a w trakcie dalszej diagnostyki ustalono rozpoznanie pylicy płuc. Wynik badania histopatologicznego ze zmian skórnych wskazywał na rozpoznanie twardziny ograniczonej. Zmiany skórne występowały w postaci linijnych wykwitów rumieniowo-guzkowych zlokalizowanych na bocznych częściach tułowia. W leczeniu pacjent stosował miejscowe glikokortykosteroidy o dużej sile działania, nie uzyskując poprawy stanu miejscowego. Ze względu na brak poprawy po leczeniu miejscowym oraz nawracający przebieg choroby zdecydowano o pobraniu kolejnego, głębokiego wycinka skórniego, w którym stwierdzono obszary nekrobiozy kolagenu z naciekiem z eozynofiliów, obecność specyficznych struktur, tzw. *flame figures*, oraz palisadowate nacieki z limfocytów i histiocytozów. Ponadto w wywiadzie pacjent podał, że przed wyjazdem w rejony endemiczne poddał się obowiązkowym szczepieniom. Na podstawie obrazu klinicznego i histopatologicznego ustalono rozpoznanie zespołu Wellsa, a mężczyznę zakwalifikowano do terapii pulsami glikokortykosteroidów *i.v.*

Wnioski: Rozpoznanie zespołu Wellsa stanowi wyzwanie w codziennej praktyce dermatologicznej i wymaga wnikliwej oceny zarówno klinicznej, jak i histopatologicznej.

Słowa kluczowe: zespół Wellsa, eozynofilowe zapalenie tkanki łącznej, wykwity rumieniowo-guzkowe.

Uogólniona hiperpigmentacja skóry i błon śluzowych jako jedyna manifestacja kliniczna choroby Addisona

dr Natalia Pluta, dr med. Małgorzata Słowik-Rylska,
prof. nadzw. dr hab. Beata Kręcisz

Klinika Dermatologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach

Wprowadzenie: Choroba Addisona to zespół objawów klinicznych wywołany długotrwałym niedoborem hormonów kory nadnerczy, przede wszystkim kortyzolu, wskutek uszkodzenia nadnerczy. Charakterystyczny obraz choroby Addisona obejmuje m.in. hiperpigmentację skóry, osłabienie, hipotonię, utratę łaknienia, objawy ze strony przewodu pokarmowego, redukcję masy ciała.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 35-letniej kobiety, która zgłosiła się do Kliniki Dermatologii w styczniu 2019 roku z powodu narastającej od około 6 lat uogólnionej hiperpigmentacji skóry i rozsianych przebarwień na błonach śluzowych. Dodatkowo u pacjentki obserwowano skąpe owłosienie pachowe i łonowe. W wywiadzie nie stwierdzono innych objawów, które mogą sugerować niedobór hormonów kory nadnerczy. W diagnostyce różnicowej, oprócz choroby Addisona, uwzględniono hemochromatozę, nadczynność tarczycy, zespół Cushinga, *erythema dyschromicum perstans*. W podstawowych badaniach laboratoryjnych stwierdzono hipercholesterolemię i niewielkie podwyższenie stężenia parametrów stanu zapalnego przy prawidłowych wartościach jonogramu, glikemii i gospodarki żelazowej. Ciśnienie tętnicze w pomiarach wykonanych w trakcie hospitalizacji utrzymywało się w granicach normy dla wieku. W badaniach endokrynologicznych wykazano znamienne zmniejszone stężenie kortyzolu oraz podwyższone stężenie ACTH. Dodatkowo stwierdzono subkliniczną niedoczynność tarczycy. W badaniu histopatologicznym wycinka skóry obserwowano obraz, który może przy zgodnych danych klinicznych odpowiadać chorobie Addisona. Pacjentkę przekazano do Kliniki Endokrynologii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii, gdzie wdrożono leczenie substytucyjne. W kontrolnym badaniu dermatologicznym obserwowano redukcję pigmentacji w obrębie skóry i błon śluzowych.

Wnioski: Uogólniona hiperpigmentacja skóry i błon śluzowych, mimo braku innych manifestacji klinicznych niedoboru hormonów kory nadnerczy, powinna być wskazaniem do diagnostyki w kierunku choroby Addisona.

Słowa kluczowe: choroba Addisona, hiperpigmentacja skóry i błon śluzowych, opis przypadku.

Niepełnosprawność intelektualna w zespole znamionowych nabłoniaków podstawnocomórkowych

dr Aleksandra Stefaniak, dr Iwona Chlebicka,
dr Karolina Wójcicka, prof. dr hab. Jacek C. Szepietowski

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie: Zespół znamionowych nabłoniaków podstawnocomórkowych – zespół Gorlina-Goltza (GGG) – jest rzadką chorobą uwarunkowaną genetycznie, dziedziczną autosomalnie dominującą. Częstość występowania zespołu wynosi 1 : 60 000, z jednakową częstością u kobiet i mężczyzn. Klasyfikacyjna triada objawów składa się z mnogich raków podstawnocomórkowych (BCC), torbieli rogowaciejących (keratocyst) szczęki lub żuchwy oraz wad zeber.

Opis przypadku: Mężczyzna 55-letni, ubezwłasnowolniony, został przyjęty na oddział dermatologiczny z powodu licznych zmian skórnych, między innymi dużej wrzodzącej zmiany po obu stronach nosa z uniesionym, perełkowatym wałem. Zmiany występowały również na skórze głowy, twarzy, szyi i górnej części tułowia. Ponadto u pacjenta występowały dołki, tzw. *pits* na powierzchni dłoniowej ręki, makrocefalia, uwypuklenia kości czołowych i skroniowych oraz liczne blizny po poprzednich operacjach. Dodatkowo u pacjenta zdiagnozowano demencję, polineuropatię oraz niepełnosprawność ruchową. Rodzice pacjenta zaprzeczyli podobnym przypadkom w rodzinie. Pierwsze objawy choroby pojawiły się w wieku 6 lat, 2 lata po wypadku samochodowym, w którym wydawało się, że pacjent nie doznał żadnych poważnych obrażeń. Wkrótce po tym wydarzeniu rodzice pacjenta zauważyli opóźnienie rozwoju w porównaniu z rówieśnikami. Wypadek w historii prawdopodobnie zasugerował neurologowi diagnozę encefalopatii pourazowej. W ciągu kolejnych lat następowała ciągła regresja, zarówno intelektualna, jak i motoryczna. Pierwsze zmiany skórne u pacjenta zauważono, gdy miał 12 lat, jednak pierwszy guz został wyleczony, gdy pacjent miał około 50 lat i już był ubezwłasnowolniony. Po pierwszym zabiegu pacjent był przyjmowany co 3 miesiące na kolejne zabiegi. Przy pierwszym przyjęciu na oddział mężczyzna wykazywał umiarkowane upośledzenie umysłowe, jednak już w wieku 55 lat jego IQ wynosiło około 20–34 i miał znaczny stopień niepełnosprawności intelektualnej.

Wnioski: Oprócz leczenia stwierdzonych zmian ważnym zagadnieniem w leczeniu GGG jest zapobie-

ganie nowym BCC. Pacjentów należy przestrzegać przed nadmiernym nasłonecznieniem oraz informować o konieczności stosowania okularów, odzieży i filtrów przeciwsłonecznych. Klinicyści powinni zdawać sobie sprawę, że pacjenci z GGG napotykają trudności nie tylko z powodu objawów ich zespołu, lecz także leczenia, które może powodować deficyty kosmetyczne oraz funkcjonalne.

Słowa kluczowe: zespół Gorlina-Goltza, piąta facomatoza, zespół znamionowych nabłoniaków podstawnocomórkowych.

Nietypowa postać chłoniaka rzekomego skóry

dr Kamila Tokarska, prof. dr hab. Elżbieta Waszczykowska,
prof. dr hab. Anna Woźniacka

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie: Chłoniak rzekomy skóry (*pseudolymphoma cutis*, *lymphocytoma cutis*) należy do heterogennej grupy rozrostów łagodnych, które sprostokowane są nadmierną proliferacją limfocytów T i/lub B. Etiologia choroby nie jest w pełni poznana, większość przypadków ma charakter idiopatyczny, chociaż uważa się, że w patogenezie biorą udział również czynniki infekcyjne (wirus *Herpes zoster*, *Borrelia* spp.) oraz urazy mechaniczne. *Lymphocytoma cutis* ma postać drobnych guzków, zazwyczaj barwy skóry otaczającej. Zmiany zwykle nie są przyczyną dolegliwości podmiotowych. W 70% przypadków pojawiają się w obrębie skóry twarzy, rzadziej na klatce piersiowej i kończynach górnych. Większość wykwitów występuje pojedynczo, wyjątkowo obserwuje się ich mnogi wysiew.

Cel pracy: Przedstawienie rzadko obserwowanej mnogiej postaci chłoniaka rzekomego skóry współistniejącego z przewlekłymi zmianami w postaci wyprysku i łuszczycy.

Opis przypadku: Kobieta, lat 69, została przyjęta na oddział dermatologiczny z powodu zaostrzenia zmian skórnych w przebiegu łuszczycy oraz zmian rumieniowo-żółtaczających w postaci wyprysku podudzi z tendencją do sączenia i pachydermii w przebiegu przewlekłej niewydolności żyłnej. Największe nasilenie tarczki łuszczycowych obserwowano w okolicy kolan i łokci. W obrębie ognisk pachydermii widoczne były drobne, spoiste guzki barwy różowo-czerwonej o średnicy 0,5–1 cm. W wy-

wiadzie pacjentka zgłaszała nawracające podrażnienia skóry tej okolicy spowodowane chorobą zasadniczą i stosowanym leczeniem (nietolerancja okładów z azotanu srebra). W kontrolnych badaniach laboratoryjnych wykazano podwyższony poziom CRP, OB i kreatyniny. W badaniu histopatologicznym stwierdzono ścieńczały naskórek o prawidłowej strukturze. W skórze właściwej obserwowano proliferację fibroblastów z ogniskowymi, kłębiastymi rozrostami naczyńnowymi. Nacieki limfocytów zlokalizowane były wokół naczyń krwionośnych. Wykluczono sarkoidozę, nie stwierdzono cech rozrostu układowego. Obraz sugerował zmiany proliferacyjne mezenchymalne o charakterze odczynowym, które mogą odpowiadać rozpoznaniu *pseudolymphoma cutis*.

Wnioski: Chłoniak rzekomy skóry wyjątkowo rzadko umiejscowiony jest w obrębie skóry kończyn dolnych. Choroba najczęściej ma charakter odczynowy i pojawia się w wyniku ukąszenia owadów. U przedstawionej pacjentki wykwitły mogły powstać wskutek przewlekłego procesu zapalnego skóry toczącego się przez lata w obrębie podudzi lub jako wynik drażniącego działania okładów z azotanu srebra.

Słowa kluczowe: podudzia, łuszczyca, chłoniak rzekomy skóry.

Opis przypadków: Przypadek 1: kobieta 35-letnia, bez chorób przewlekłych zgłosiła się z powodu nawracającego od roku stanu zapalnego bocznych wałów paznokciowych. W badaniu przedmiotowym stwierdzono obecność rumienia i obrzęku dystalnych części wałów bocznych paznokcia pierwszego palca stopy prawej z towarzyszącą bolesnością przy palpacji. W znieczuleniu dystalnym ropiwakainą wykonano boczną matricektomię przy użyciu 90% roztworu fenolu. Przypadek 2: kobieta 38-letnia, bez chorób przewlekłych zgłosiła się z powodu występującej od 8 miesięcy i stopniowo powiększającej się zmiany w obrębie aparatu paznokciowego pierwszego palca stopy prawej. W badaniu przedmiotowym stwierdzono guz o wymiarach 7 mm × 9 mm zlokalizowany pod przyśrodkową częścią płytki paznokciowej z towarzyszącą onycholizą. W badaniu rentgenowskim obecna była proliferacja kostna wywodząca się z paliczka dystalnego. Zmianę usunięto chirurgicznie w znieczuleniu miejscowym lidokainą. Ranę pozostawiono do gojenia przez ziarninowanie. W badaniu histopatologicznym stwierdzono obecność wyrośli chrzęstno-kostnej.

Wnioski: Częściowa matricektomia z użyciem fenolu może być skuteczną metodą leczenia wrastania paznokcia. Leczenie chirurgiczne stanowi podstawę leczenia podpaznokciowej wyrośli kostnej.

Słowa kluczowe: dermatochirurgia, matricektomia, paznokcie, podpaznokciowa wyrośl kostna, wrastanie paznokcia.

Interwencje dermatochirurgiczne w wybranych chorobach paznokci

dr med. Marta Sar-Pomian^{1,2}, dr med. Eryk Chrapowicki^{2,3},
dr Faisal Alsubaiei⁴, dr Bertrand Richert⁴,
prof. dr hab. Lidia Rudnicka¹

¹Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Ursynowskie Centrum Zabiegowe SPZOZ w Warszawie

³Klinika Chirurgii Onkologicznej i Guzów Neuroendokrynych Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

⁴CHU Brugmann-Saint Pierre-Children's University Hospitals w Brukseli, Belgia

Wprowadzenie: Wrastanie paznokcia polega na penetracji bocznego brzegu płytki paznokciowej w głąb bocznego wału paznokciowego. Schorzeniu może towarzyszyć ból, obrzęk, wysięk, tworzenie ziarniny oraz wtórna infekcja bakteryjna. Jedną z metod leczenia wrastania paznokcia jest chemiczna matricektomia. Podpaznokciowa wyrośl kostna jest łagodnym guzem pochodzenia kostno-chrzęstnego. Guz może istotnie deformować płytkę paznokciową i powodować ból.

Zespół glukagonoma – seria przypadków

dr Agata Kłosowicz¹, dr Natalia Juśko², dr Karolina Englert¹,
dr med. Monika Kapińska-Mrowiecka²,
prof. dr hab. Anna Wojas-Pelc¹,
dr n. med. Andrzej Jaworek¹

¹Oddział Kliniczny Dermatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

²Oddział Dermatologiczny Szpitala Specjalistycznego im. Żeromskiego w Krakowie

Wprowadzenie: Glukagonoma jest czynnym hormonalnie guzem neuroendokrynym wywodzącym się z komórek α trzustki wydzielającym w nadmiarze glukagon. Występuje z częstością około 0,01–0,1/1 mln rocznie. Glukagonoma w chwili rozpoznania mają najczęściej duże rozmiary (ok. 5–6 cm) oraz są zlokalizowane w ogonie trzustki. W około 80% przypadków

początkowo stwierdza się przerzuty. Na charakterystyczny obraz kliniczny zespołu glukagonoma składają się następujące objawy: utrata masy ciała, cukrzyca, zapalenie dziąseł, biegunka i rumień nekrolityczny wędrujący, który w ponad 80% przypadków jest dermatologicznym zespołem paraneoplastycznym raka trzustki.

Opis przypadku: Przypadek 1: kobieta 50-letnia była wielokrotnie hospitalizowana na oddziale dermatologii z powodu rumieniowych zmian skórnych o morfologii tarczy strzelniczej budzących podejrzenie rumienia wielopostaciowego oraz rumieniowych plam z nadżerkami pokrytymi strupem w okolicach wyprzeniowych. W wywiadzie zgłoszono niedawno rozpoznaną cukrzycę typu 2. Pomimo braku nieprawidłowości w podstawowych badaniach obrazowych, ze względu na niejednoznaczny obraz kliniczny oraz histopatologiczny, a także nagłą utratę masy ciała, pacjentkę obserwowano w kierunku zespołu paraneoplastycznego. Wykonano tomografię komputerową jamy brzusznej, gdzie wykazano masę guza 6×4 cm w ogniu trzustki. Dodatkowo stwierdzono bardzo duże stężenie glukagonu we krwi (2275 ng/l). Pacjentka nie zgodziła się na radykalne leczenie chirurgiczne. Zmiany skórne całkowicie ustąpiły w trakcie leczenia analogiem somatostatyny. Przypadek 2: mężczyzna 49-letni z 3-letnim wywiadem rozsianych zmian rumieniowo-grudkowych z obecnością nadżerek w obrębie kończyn dolnych, pachwin i szpary międzypodłaskowej. Ponadto zaobserwowano zmiany zapalne z pęknięciami w obrębie kącików ust. W badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej wykazano lity guz w topografii ogona trzustki. W tomografii komputerowej jamy brzusznej stwierdzono rozległą, guzowatą policykliczną masę wykazującą łączność z ogonem trzustki. W badaniu SPECT/CT wykazano obszar ekspresji receptorów dla somatostatyny (Krenning Score 4). Po obwodowej resekcji trzustki wraz z śledzioną nastąpiła całkowita remisja zmian skórnych.

Wnioski: Rozpoznanie zmian skórnych związanych z obecnością procesu nowotworowego jest kluczowe, ponieważ pozwala na wczesne leczenie choroby podstawowej. Poprzez przedstawienie opisów dwóch przypadków bardzo rzadkiej choroby wskazujemy na te cechy kliniczne, laboratoryjne oraz obrazowe, które ułatwią postawienie właściwej i wczesnej diagnozy.

Słowa kluczowe: glukagonoma, rumień nekrotyczny wędrujący, zespół paraneoplastyczny.

Twardzina układowa o szybkim postępie stwardnień i nietypowym obrazie klinicznym u pacjenta z przeciwciałami anti-RNAP III

dr Joanna Golińska, dr med. Marta Sar-Pomian

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: Twardzina układowa jest przewlekłą chorobą tkanki łącznej, która około 7 razy częściej występuje u kobiet niż mężczyzn. W obrazie klinicznym najczęściej stwierdza się stwardnienia skóry, postępujące od dystalnych części kończyn górnych, poprzedzone występowaniem objawu Raynauda. U pacjentów z twardziną układową obserwuje się 1,5–5 razy większe ryzyko rozwoju choroby nowotworowej niż w zdrowej populacji. Wykazano, że niektóre typy autoprzeciwciał mogą mieć wartość predykcyjną dla rozwoju chorób nowotworowych.

Opis przypadku: Mężczyzna, lat 64, zgłosił się z powodu postępujących od około roku stwardnień skóry oraz zmian poikilodermicznych o największym nasileniu w okolicy głowy i szyi, klatki piersiowej, górnej części pleców oraz pośladków (33 punkty według zmodyfikowanej skali Rodnana). W badaniu przedmiotowym stwierdzono powiększenie węzłów chłonnych podżuchwowych. W badaniu kapilaroskopowym wykazano zaburzoną architekturę układu pętli, liczne pętle nieregularnego kształtu, kręte, drzewkowate, z obszarami neowaskularyzacji. W badaniu histopatologicznym zmian skórnych stwierdzono rozproszone melanofagi pod naskórkiem oraz cechy sklerotyzacji i włóknienia skóry właściwej. W badaniu immunofluorescencji pośredniej obecne były przeciwciała przeciwdądrowe o typie świeceni ziarnistym w mianie 1 : 640. W badaniu metodą immunoblotu stwierdzono autoprzeciwciała RNAP III 11 kDa (RP 11) (+++), RNAP III 155 kDa (RP 155) (+++) oraz Ro-52 (+++). Ze względu na nietypowy przebieg kliniczny, obecność limfadenopatii oraz autoprzeciwciał RNAP III wykonano diagnostykę obrazową w kierunku procesów rozrostowych, która była negatywna. W badaniu histopatologicznym okolicy węzłów chłonnych podżuchwowych stwierdzono ognisko przerzutowe raka płaskonabłonkowego nierogowaciejącego. W wykonanym ponownie badaniu endoskopowym przełyku wykryto zmianę guzowatą. W badaniu histopatologicznym zmiany stwierdzono nacieki raka płaskonabłonkowego.

Wnioski: Rozpoznanie twardziny układowej z szybko postępującymi stwardnieniami skóry oraz obecnością przeciwciał przeciw RNAP III może wskazywać na obecność procesu rozrostowego. Po-

nieważ obecność autoprzeciwciał RNAP III może poprzedzać rozpoznanie choroby nowotworowej, zaleca się regularne powtarzanie badań diagnostycznych w tym kierunku.

Słowa kluczowe: twardzina układowa, zespół paraneoplastyczny, przeciwciała przeciwjądrowe.

Liszaj śluzowaty guzkowy – skuteczne leczenie acetonidem triamcynolonu podawanym doogniskowo

dr Karolina Wojtan, dr hab. Adriana Rakowska

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: Liszaj śluzowaty guzkowy należy do mucynoz skórnych. Jest to heterogenna grupa chorób o nieustalonej etiopatogenezie, w których mucyna odkłada się w skórze. Mucynozy dzielimy na pierwotne oraz wtórne – współistniejące z endokrynopatiami (chorobami tarczycy), chorobami układowymi tkanki łącznej, nowotworami (szpiczakiem mnogim), nefrogennym włóknieniem układowym. Rozróżniamy ograniczony liszaj śluzowaty, liszaj śluzowaty twardzinowy (*scleromyxedema*) i przejściową lub atypową postać liszaja śluzowatego. W celu rozpoznania ograniczonego liszaja śluzowatego należy stwierdzić grudkowe lub guzkowe zmiany skórne, wykluczyć gammapatię monoklonalną i choroby tarczycy oraz wykazać w badaniu histopatologicznym skóry złogi mucyny i różnorodną proliferację fibroblastów. Ze względu na różny obraz kliniczny ograniczonego liszaja śluzowatego wyróżnia się pięć podtypów, wśród nich guzkowy liszaj śluzowaty. Dotychczas opisano pięć przypadków guzkowego liszaja śluzowatego, cztery z nich dotyczyły mężczyzn. W piśmiennictwie nie ma standardów leczenia guzkowego liszaja śluzowatego, stwierdzono poprawę po zastosowaniu doogniskowych iniekcji z acetonidu triamcynolonu śródskórnie.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 69-letniego mężczyzny z chorobą wieńcową, nadciśnieniem tętniczym, przewlekle leczonego przeciwkrzepliwie, który został przyjęty do Kliniki Dermatologicznej z powodu zmian rumieniowo-naciekowych i guzkowych zlokalizowanych na podudziach od 4 lat. W wycinku zmian skórnych stwierdzono złogi mucyny i różny stopień włóknienia skóry. W dermoskopii zmian guzowatych wykazano poma-

rańczo-czerwone tło, liczne naczynia kłębuszkowate o specyficznym falistym układzie. Wykluczono choroby tarczycy i gammapatię monoklonalną. Rozpoznano postać guzkową ograniczonego liszaja śluzowatego. W leczeniu zastosowano doogniskowe iniekcje z acetonidu triamcynolonu w dawce 10 mg/ml co 8 tygodni i zalecono kompresjoterapię (II stopień ucisku). Już po 8 tygodniach zaobserwowano znaczną poprawę kliniczną.

Wnioski: Liszaj śluzowaty guzkowy jest rzadką chorobą skóry, której rozpoznanie wymaga badania histopatologicznego, wykluczenia chorób limfoproliferacyjnych i endokrynopatii. W przedstawionym przypadku stwierdzono skuteczność acetonidu triamcynolonu podawanego doogniskowo, co jest zgodne z nielicznymi danymi literaturowymi.

Słowa kluczowe: liszaj śluzowaty guzkowy, liszaj śluzowaty, acetonid triamcynolonu.

Kandydoza przełyku jako powikłanie leczenia biologicznego łuszczycy

dr n. med. Mariusz Sikora, dr Patrycja Gajda

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: Leczenie biologiczne znacznie przyczyniło się do zwiększenia efektywności terapii łuszczycy i poprawy jakości życia chorych. Wpływ leków na istotne elementy odpowiedzi immunologicznej może jednak wiązać się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia infekcji, w tym wywołanych przez *Candida* spp. Obraz kliniczny kandydozy jest zróżnicowany – od łagodnych zakażeń skóry i błon śluzowych po uogólnione zakażenia wielonarządowe.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 36-letniego mężczyzny z łuszczycą plackowatą i łuszczycowym zapaleniem stawów, który od 18 miesięcy leczony jest infliksymabem z poprawą kliniczną w obrębie skóry i stawów. Pacjent nie leczy się przewlekle na inne choroby oraz nie przyjmuje żadnych leków. Ze względu na utrzymujące się od 4 miesięcy objawy dyspeptyczne, uczucie pieczenia w nadbrzuszu pacjenta skierowano na gastroduodenoskopię. W badaniu endoskopowym w obrębie dolnej części przełyku wykazano białe, przylegające do podłoża naloty. W żołądku stwierdzono cechy przewlekłego zapalenia błony śluzowej. Błona śluzowa gardła i dwunastnicy była prawidłowa. Na podstawie cha-

rakterystycznego obrazu endoskopowego ustalono rozpoznanie grzybicy przełyku, które zostało potwierdzone badaniem mykologicznym (w hodowli stwierdzono *Candida albicans*). Wynik badania serologicznego w kierunku wirusa HIV był ujemny. Rozpoczęto leczenie flukonazolem doustnie w dawce 400 mg/dobę przez 3 tygodnie. Uzyskano poprawę w zakresie zgłaszanych objawów ze strony przewodu pokarmowego. Mężczyzna kontynuuje leczenie biologiczne infliksymabem wraz z profilaktyczną dawką flukonazolu (100 mg doustnie 3 razy w tygodniu). W kontrolnej gastroduodenoskopii nie stwierdzono cech nawrotu infekcji grzybiczej.

Wnioski: Infekcje grzybicze stanowią rzadkie powikłanie terapii biologicznej łuszczycy, które może wystąpić po każdym z zarejestrowanych leków, nie tylko inhibitorach interleukiny 17. W opiece nad pacjentem z łuszczycą leczonym biologicznie należy pamiętać o okresowej ocenie objawów, które mogą świadczyć o infekcji grzybiczej.

Słowa kluczowe: infliksymab, kandydoza przełyku, leczenie biologiczne, łuszczycyca.

Streszczenia

Sesja plakatowa

Złuszczenie płytek paznokciowych (*onychomadesis*) jako pierwszy objaw wznowy raka jelita grubego

dr med. i dr n. o zdr. Anna Waśkiel-Burnat,
dr Patrycja Gajda, dr Anna Stochmal,
dr hab. Adriana Rakowska,
prof. dr hab. Małgorzata Olszewska

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: *Onychomadesis*, inaczej złuszczenie płytki paznokciowej, oznacza oddzielanie się płytki paznokciowej od proksymalnego wału paznokciowego. Choroba jest wynikiem ciężkiego urazu, który powoduje całkowite zahamowanie aktywności mitotycznej macierzy paznokcia. Złuszczenie płytki paznokciowej jednego palca może być spowodowane urazem mechanicznym lub zmianami proksymalnego wału paznokciowego. Złuszczenie wszystkich płytek paznokciowych może świadczyć o przebytej chorobie dłoni, stóp i jamy ustnej, szkarlatynie lub chorobie Kawasakiego. *Onychomadesis* może występować również po chemioterapii oraz w przebiegu pęcherzycy lub zespołu Stevensa-Johnsona.

Opis przypadku: Kobieta 71-letnia zgłosiła się do poradni dermatologicznej z powodu występującego od 6 tygodni złuszczenia płytek paznokciowych palców rąk. Wywiad w kierunku przyczyn *onychomadesis* był ujemny. Pacjentka stale przyjmuje metoprolol z powodu nadciśnienia tętniczego. W wywiadzie w 2016 roku stwierdzono raka jelita grubego, który był leczony operacyjnie w skojarzeniu z chemioterapią (pacjentka pod kontrolą onkologiczną). W badaniu przedmiotowym wykazano złuszczenie płytek paznokciowych palców rąk. Wyniki badania mikologicznego i bakteriologicznego były ujemne. Po 8 tygodniach od rozpoczęcia złuszczenia płytek paznokciowych palców rąk u pacjentki wystąpiły złuszczenie płytek paznokciowych palców stóp oraz przewlekła biegunka i wymioty. Po konsultacji onkologicznej oraz wykonaniu badania tomografii komputerowej jamy brzusznej i kolonoskopii u pacjentki rozpoznano wznowę raka jelita grubego.

Wnioski: *Onychomadesis* może występować w przebiegu chorób układowych. W diagnostyce różnicowej przyczyn uogólnionego złuszczenia płytek paznokciowych należy uwzględnić choroby nowotworowe.

Słowa kluczowe: *onychomadesis*, rak jelita grubego, zespół paranowotworowy, złuszczenie płytek paznokciowych.

Zaostrzenie pęcherzycy zwykłej oraz wystąpienie krostkowicy dłoni i stóp po leczeniu rytuksymabem

dr Anna Stochmal, dr Tatsiana Damps,
dr Danuta Fedorczyk, dr med. Marta Sar-Pomian,
dr med. Joanna Czuwara, dr hab. Adriana Rakowska,
prof. dr hab. Małgorzata Olszewska

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: Rytuksymab jest chimerycznym przeciwciałem monoklonalnym skierowanym przeciw antygenowi CD20 na limfocytach B, stosowanym w leczeniu zarówno chorób hematologicznych, jak i autoimmunizacyjnych, w tym pęcherzycy zwykłej. Szczególnym wskazaniem do zastosowania rytuksymabu w pęcherzycy jest nieskuteczność terapii lekami pierwszego wyboru – glikokortykosteroidami – lub przeciwwskazania do przewlekłej doustnej terapii prednizonem. Rytuksymab wyróżnia się relatywnie niskim ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych, jednak w piśmiennictwie opisano przypadki zaostrzenia pęcherzycy zwykłej, a także możliwy związek z indukowaniem zmian krostkowych po zastosowaniu leku.

Opis przypadku: Sześćdziesięciosiedmioletnia kobieta z rozpoznaną w grudniu 2018 roku pęcherzycą zwykłą oraz chorobami współistniejącymi stanowiącymi przeciwwskazanie do przewlekłej glikokortykosteroidoterapii, takimi jak ciężka depresja, nadciśnienie tętnicze, zapalenie błony śluzowej przelyku i żołądka, została przyjęta do Kliniki Dermatologicznej z powodu nasilenia zmian skórnych i śluzówkowych oraz pojawienia się nowych zmian krostkowych na dłoniach i stopach po około 10 dniach od podania drugiej dawki rytuksymabu (2 × 1 g dożylnie w odstępie 2 tygodni). W badaniach laboratoryjnych poza eozynofilią stwierdzono wzrost stężenia przeciwciał przeciw desmogleinie 1 i 3. W badaniu histopatologicznym wycinka skóry stopy lewej wykazano neutrofilową krostę oraz bogaty w eozynofile nacieki zapalny – obraz świadczący o krostkowicy polekowej. W leczeniu zastosowano metyloprednizolon domięśniowo ze stopniową redukcją dawki (60 mg – 20 mg) przez 14 dni, metotreksat podskórnym w dawce 10 mg w pierwszym i 15 mg w tygodniu oraz propionian klobetazolu stosowany miejscowo. Nastąpiło zahamowanie powstawania nowych zmian i gojenie się nadżerek na skórze gładkiej i błonach śluzowych.

Wnioski: Pomimo efektywności leczenia rytuksymabem znacznej większości przypadków pęcherzycy zwykłej, należy pamiętać o możliwości wystąpie-

nia zaostrzenia choroby oraz o potencjalnym ryzyku indukowania zmian krostkowych po podaniu leku.

Słowa kluczowe: pęcherzyca zwykła, rytuksymab, krostkowica.

Pilar leiomyoma – zmiany o różnej prezentacji klinicznej

dr Tatsiana Damps, dr med. Joanna Czuwara

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: *Pilar leiomyoma* (*piloleiomyoma*) jest łagodnym nowotworem dermalnym z mięśni gładkich mięśni przywłosnych, umiejscowionym na twarzy, tułowiu i kończynach w postaci licznych, dobrze odgraniczonych siniofioletowych guzków lub zlewnych grudek, którym często towarzyszy bolesność. Nowotwór ten może być izolowany lub stanowić część zespołów dziedzicznych predysponujących do rozwoju innych raków, takich jak nerki i macicy. Najskuteczniejszą metodą leczenia jest usunięcie chirurgiczne zmiany, co w przypadku zmian mnogich nie zawsze jest możliwe.

Opis przypadku: Przedstawiamy opisy dwóch pacjentek z występującymi na tułowiu guzkami, które w badaniu histopatologicznym rozpoznano jako *pilar leiomyoma*. U kobiety 60-letniej leczonej przewlekle metotreksatem i metyloprednizolonem z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów 3 miesiące wcześniej wystąpiły bolesne guzki barwy siniofioletowej. W dolnej części pleców oraz lewego pośladka stwierdzono zmiany zanikowe z przebarwieniami pozapalnymi. Pacjentka negowała uraz oraz przebyte choroby zapalne tej okolicy. W badaniu histopatologicznym wycinka stwierdzono śródskórny guzek utworzony przez komórki wrzecionowate o morfologii *leiomyoma*. Druga pacjentka to 40-letnia kobieta bez obciążeń, która zgłosiła się do Kliniki z powodu kilku naciekowo-guzkowych, wałowatych, czerwono-fioletowych zmian powiększających się na skórze sutka lewego bez dolegliwości i pojawiania się kolejnych zmian. W pierwszym badaniu histopatologicznym sugerowano *dermatofibroma*, co nie korelowało z obrazem klinicznym. W następnym badaniu rozpoznano *pilar leiomyoma*.

Wnioski: *Pilar leiomyoma* wywodzi się z komórek wrzecionowatych mięśni podnoszących włosy i stwierdza się w postaci zmian guzkowych, grudkowo-naciekowych, najczęściej licznych, zlokalizo-

wanych na tułowiu. Zmiany *leiomyoma* umiejscowione na piersiach mogą być stymulowane ciężarem piersi i najczęściej są jednostronne. Zmiany te mogą być bolesne z powodu ucisku nerwów skórnych lub skurczu włókien mięśniowych w guzie w przypadku zimna lub stresu emocjonalnego. *Pilar leiomyoma* stawowi wyzwanie diagnostyczne, charakteryzuje się kliniczną różnorodnością, a o rozpoznaniu decyduje obraz histologiczny wycinka skóry. Możliwości terapeutyczne, poza wycięciem chirurgicznym pojedynczych zmian, są ograniczone.

Słowa kluczowe: *pilar leiomyoma*, guzek, mięśnie gładkie.

Trudności diagnostyczne między przewlekłym wyłysiającym zapaleniem mieszków włosowych a ostro zapalnym liszajem płaskim mieszkowym

dr Magdalena Radziszewska, dr med. Joanna Czuwara

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: *Folliculitis decalvans* (FD) jest rzadką przyczyną łysienia bliznowaciejącego. Proces zapoczątkowany nieprawidłową aktywacją neutrofilów prowadzi do destrukcji nabłonków mieszków włosowych z tworzeniem neutrofilowych krost w lej-kach zajętych mieszków, przebudowy odczynowej, rozpadu oraz uwolnienia łodyg włosowych, co indukuje powstanie ziarniny resorpcyjnej i uszkodzenie tkanki okołomieszkowej z typowymi zmianami naczyń krwionośnych. W fazie przewlekłej i wolno postępującej neutrofilowy proces zapalny zastępują limfocyty, plazmocyty i histiocyty obecne wokół mieszków włosowych oraz pomiędzy nimi wokół zmienionych naczyń krwionośnych. *Folliculitis decalvans* występuje najczęściej u mężczyzn, na szczycie głowy (*vertex*), co prowadzi do nieodwracalnego wyłysienia. Diagnostyka różnicowa obejmuje m.in. liszaj płaski mieszkowy, DLE, CCCA i wymaga wnikliwej oceny trichoskopowej oraz histopatologicznej.

Opis przypadku: Kobieta (47 lat) z 18-letnią historią łysienia bliznowaciejącego zgłosiła się do kliniki z ogniskiem wyłysienia okolicy *vertex*, krostami, bólem i towarzyszącym obwodowo nasilonym stanem zapalnym. W trichoskopii stwierdzono mieszki włosowe z objawem pędzla i rogowaceniem, żółta

treść ropną w ujściach mieszków, okołomieszkowo poszerzone naczynia w kształcie pętli i spinek do włosów, a w wycinku skóry akantocycznie rozrośnięty naskórek z niezmienioną warstwą podstawną, hipergranulozę i hiperkeratozę na powierzchni oraz mieszany odczyn zapalny wokół i pomiędzy poszerzonymi mieszkami, wokół poszerzonych naczyń krwionośnych. Całość obrazu świadczyła o FD mimo nasilonego rogowacenia okołomieszkowego. Wynik badania DIF z tkanki był ujemny. Zastosowano terapię ogólną acytretyną w dawce 10 mg/dobę, uzyskując ustąpienie rogowacenia, a ze względu na zgłaszaną nietolerancję leku włączono tetracyklinę p.o. (1,0 g/dobę) z klobetazolem. Nastąpiła poprawa kliniczna, ale bez redukcji rogowacenia.

Wnioski: Ze względu na częstsze występowanie FD u płci męskiej i okołomieszkową hiperkeratozę w diagnostyce różnicowej u pacjentki uwzględniono liszaj płaski mieszkowy, którego najczęstsza lokalizacja pokrywa się z FD. Zagadaniem trudnym do rozstrzygnięcia jest zaostrożona faza FD *vs* ostro zapalny *lichen planopilaris*. Neutrofilowe krosty mieszkowe, włosy wychodzące z jednego poszerzonego nabłonka włosowego oraz stan zapalny skóry z komórkami plazmatycznymi, histiocytami i pojedynczymi neutrofilami między mieszkami włosowymi z utrwalonym poszerzeniem naczyń świadczą o wyłysiającym zapaleniu mieszków włosowych z wykorzystaniem leczenia dla FD.

Słowa kluczowe: *folliculitis decalvans* (wyłysiające zapalenie mieszków włosowych), *lichen planopilaris* (liszaj płaski mieszkowy), trichoskopia, histopatologia.

nych dróg oddechowych, drugi występujący w przebiegu schorzeń hematologicznych, trzeci związany z cukrzycą, najczęściej źle kontrolowaną z licznymi powikłaniami mikroangiopatycznymi. Wśród metod terapeutycznych najczęściej opisywano fototerapię, glikokortykosteroidoterapię ogólną, metotreksat, duże dawki penicyliny, kolchicynę, tamoksyfen i dożylnie wlewy immunoglobulin.

Opis przypadku: Kobieta 62-letnia została przyjęta do Kliniki Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM) z powodu uogólnionych stwardnień skóry o największym nasileniu na skórze pleców, ramion, karku, bez towarzyszącego objawu Raynauda. Stwardnienia skóry występowały od 2009 roku i pomimo leczenia miały tendencję do uogólniania się. W wywiadzie w 2015 roku rozpoznano gammapatię monoklonalną o nieistotnym znaczeniu klinicznym. W badaniu histopatologicznym wykonanym w Klinice Dermatologicznej WUM opisano obraz odpowiadający obrzękowi twardzinowemu. Pacjentka była dotychczas leczona prednizonem w dawce 20 mg/dobę w latach 2011–2015 z zahamowaniem progresji zmian, metotreksatem doustnie w dawce 25 mg/tydzień od marca do listopada 2015 roku – bez efektu terapeutycznego, oraz PUVA-terapią od listopada 2015 roku do maja 2018 roku z zahamowaniem progresji zmian oraz nieznacznym zmniejszeniem stwardnień skóry. W leczeniu zastosowano immunoglobuliny dożylnie, które dotychczas pacjentka otrzymała dwukrotnie z dobrą tolerancją leczenia.

Wnioski: Obrzęk twardzinowy jest rzadką przyczyną stwardnienia skóry, a istotną rolę w jego rozpoznaniu odgrywa badanie histopatologiczne. Trudności terapeutyczne spowodowane są rzadkim występowaniem choroby, długim czasem leczenia potrzebnym do uzyskania poprawy oraz częstymi niepowodzeniami leczniczymi. Dożylnie wlewy immunoglobulin mogą być kolejną opcją terapeutyczną w przypadku braku skuteczności konwencjonalnych metod leczenia.

Słowa kluczowe: obrzęk twardzinowy, immunoglobuliny, stwardnienie skóry.

Obrzęk twardzinowy – trudności terapeutyczne

dr Anna Zabost, dr Danuta Fedorczyk,
dr hab. Adriana Rakowska

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: Obrzęk twardzinowy jest rzadkim schorzeniem tkanki łącznej o niejasnej patogenecie. Choroba po raz pierwszy została opisana przez Buschkego w 1900 roku. Cechą charakterystyczną tej jednostki chorobowej jest rozległe stwardnienie i zgrubienie skóry, najczęściej w okolicy karku, górnej części pleców, czasami obejmujące ramiona oraz tułów. Wyróżnia się trzy podstawowe typy obrzęku twardzinowego: pierwszy powiązany z infekcją gór-

Zespół Buschkego-Ollendorff – opis przypadku

dr Justyna Skibińska

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: Zespół Buschkego-Ollendorff (*dermatofibrosis lenticularis*) jest rzadką chorobą tkanki łącznej o podłożu genetycznym. U podłoża schorzenia leży mutacja genu LEMD3, odpowiedzialnego za syntezę białek biorących udział w szlakach biochemicznych kontrolujących wzrost komórek. W obrazie klinicznym występują liczne, drobne znamiona łącznotkankowe oraz osteopoikiloza (dysplazja kości).

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 2-letniej pacjentki, która zgłosiła się wraz z rodzicami do Kliniki Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w czerwcu 2014 roku z powodu bezobjawowych żółtych, spoistych guzków zlokalizowanych na skórze gładkiej powierzchni wyprostnej i bocznej stawu kolanowego prawego. W badaniu histopatologicznym wycinka pobranego ze zmian skórnych opisano gromadzenie się włókien tkanki łącznej charakterystyczne dla zespołu Buschkego-Ollendorff. Ponadto w badaniu rentgenograficznym kości stóp stwierdzono osteopoikilozę. W leczeniu zastosowano takrolimus 0,03% miejscowo, uzyskując umiarkowane spłaszczenie zmian skórnych.

Wnioski: Prezentujemy przypadek rzadko występującej jednostki chorobowej, jaką jest zespół Buschkego-Ollendorff. Warto pamiętać, że w schorzeniu tym zmianom skórnym oraz układu kostnego może towarzyszyć zwężenie zastawki aortalnej oraz cukrzyca, co wymaga regularnej kontroli pacjenta oraz ścisłej współpracy dermatologa z lekarzami innych specjalności.

Słowa kluczowe: zespół Buschkego-Ollendorff, *dermatofibrosis lenticularis*, choroby o podłożu genetycznym, choroby tkanki łącznej.

Naczyniakowłókniak (angiofibroma) wału paznokciowego – obraz kliniczny, dermoskopowy i histopatologiczny

dr Agata Szcześniak, dr Małgorzata Maj,
dr med. Joanna Czuwara

Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: Angiofibroma, czyli naczyniakowłókniak poza skórą, zwłaszcza w stwardnieniu guzowatym może występować również w obrębie wałów paznokciowych i stanowić problem diagnostyczny oraz terapeutyczny. Częściej obserwowany jest na stopach niż na rękach. Czynnikiem etiologicznym może być uraz mechaniczny. Z powodu zróżnicowanego obrazu klinicznego diagnostyka różnicowa obejmuje: naczyniaki (angioma), brodawki łojotokowe (*seborrheic keratosis*), włókniaki (fibroma) i włókniaki rogowaciejące (fibrokeratoma). Leczenie polega na usunięciu zmiany skórnej. Najczęściej stosowaną metodą jest zabieg chirurgiczny.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 61-letniej kobiety z nawrotową aftozą, niedoborem witaminy D₃, podejrzeniem fotodermatozy w okresie diagnostyki (nawracające latem od około 30 lat wykwyty rumieniowo-obrzękowe ze świądem i pieczeniem na twarzy, szyi, małżowinach usznych, klatce piersiowej, przedramionach i grzbietach stóp, z ujemnymi próbami świetlnymi i przeciwciałami przeciwyjadrowymi) oraz trzema guzkami wału paznokciowego proksymalnego prawego palucha (dwa guzki o średnicy 1 mm i jeden o średnicy 3 mm). W wideodermoskopii widoczne były różowe lakuny na biało-różowym bezstrukturalnym tle. W badaniu histopatologicznym rozpoznano naczyniakowłókniaki, które zostały usunięte chirurgicznie. W czasie półrocznej obserwacji nie stwierdzono nawrotu.

Wnioski: Ze względu na heterogeniczny obraz kliniczny naczyniakowłókniaków zlokalizowanych na wałach paznokciowych w ich diagnostyce różnicowej należy uwzględnić m.in. włókniaki miękkie, brodawki wirusowe, naczyniaki oraz raka podstawonokomórkowego. W ustaleniu rozpoznania pomocne są dermoskopia, wideodermoskopia lub onychoskopia oraz refleksyjna mikroskopia konfokalna (RCM), a ostateczne rozpoznanie potwierdzane jest badaniem histopatologicznym.

Słowa kluczowe: angiofibroma, naczyniakowłókniak, paznokieć, dermoskopia, histopatologia.

Angiosarcoma małżowiny usznej – obraz wideodermoskopowy

dr Aleksandra Kaczyńska-Trzpil,
dr med. Marta Sar-Pomian, dr med. Joanna Czuwara,
dr med. Joanna Misiewicz-Wroniak

Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu
Medycznego

Wprowadzenie: Naczyniakomięśaki (*angiosarcoma*) to heterogenna grupa rzadkich, wywodzących się z komórek śródbłonna naczyń krwionośnych lub limfatycznych nowotworów złośliwych o agresywnym przebiegu i złym rokowaniu. Dwie trzecie przypadków stanowi postać skórna, umiejscowiona głównie w obrębie głowy i szyi. Rozwojowi *angiosarcoma* sprzyja przewlekły obrzęk limfatyczny, przebyta radioterapia oraz ekspozycja na substancje kancerogenne (polichlorek winylu, dwutlenek toru, arsen). W piśmiennictwie dostępny jest pojedynczy opis obrazu dermoskopowego u pacjenta z *angiosarcoma* małżowiny usznej indukowanego radioterapią, w którym stwierdzono obecność obszarów barwy od białej do czerwonej oraz atypowych, polimorficznych naczyń.

Cel pracy: Przedstawienie obrazu (wideo)dermoskopowego naczyniakomięśaka małżowiny usznej lewej.

Opis przypadku: Kobieta 76-letnia zgłosiła się z powodu występujących od 8 miesięcy bordowo-fioletowych guzków, początkowo ograniczonych do małżowiny usznej lewej, następnie szerzących się na sąsiadującą skórę szyi. W wywiadzie zgłoszono, że w dzieciństwie pacjentka była leczona radioterapią z powodu niejasnych lewostronnych zmian na skórze szyi. W badaniu dermoskopowym (powiększenie 10-krotne) stwierdzono obecność bordowo-czerwonych lakun, oddzielonych białymi połyskującymi liniami z białym homogennym połyskującym obszarem w części centralnej. W badaniu wideodermoskopowym (powiększenie 40-krotne) wykazano: centralnie – obecność skupiających się sinawoczerwonych lakun różnej wielkości oddzielonych od siebie białawymi przegrodami, sinawych obszarów bezstrukturalnych, oraz obwodowo – polimorficznych, między innymi rozgałęziających się oraz helikalnych, ogniskowo poszerzonych naczyń. W badaniu histopatologicznym stwierdzono atypię komórek śródbłonna z proliferacją naczyń krwionośnych i limfatycznych w skórze właściwej, co potwierdziło rozpoznanie *angiosarcoma*. Po wykluczeniu obecności zmian przerzutowych w badaniu rezonansu magnetycznego głowy i szyi zmianę usunięto operacyjnie z następczą brachyterapią.

Wnioski: Obecność bordowo-fioletowych guzków w obrazie klinicznym oraz sinawoczerwonych lakun z białymi przegrodami, sinawych obszarów bezstrukturalnych oraz polimorficznych, ogniskowo poszerzonych naczyń w badaniu wideodermoskopowym może wskazywać na rozpoznanie naczyniakomięśaka. Do potwierdzenia rozpoznania niezbędne jest badanie histopatologiczne.

Słowa kluczowe: dermoskopia, *angiosarcoma*, naczyniakomięśak.

Diagnostyka różnicowa owrzodzeń podudzi – rzadki przypadek postaci wrzodziejącej liszaja płaskiego

dr Aleksandra Kaczyńska-Trzpil,
dr med. Mariusz Sikora,
prof. dr hab. Małgorzata Olszewska

Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu
Medycznego

Wprowadzenie: Owrzodzenia podudzi są częstym problemem zdrowotnym, ponieważ istotnie wpływają na jakość życia pacjentów. Dobór skutecznej terapii zależy od ustalenia właściwej przyczyny owrzodzeń. Szerokie spektrum diagnostyki różnicowej obejmuje m.in. owrzodzenia żyłne, tętnicze oraz mieszane, zapalenia naczyń, zmiany zakrzepowo-zatorowe, piodermię zgorzelinową, obumieranie tłuszczowate, sarkoidozę, owrzodzenia nadciśnieniowe (zespół Martorella), kalcylaksję, nowotwory, zmiany artyficyjne, a także choroby genetyczne. Należy również uwzględnić nietypowy przebieg innych jednostek chorobowych, taki jak przedstawiony poniżej przypadek liszaja płaskiego wrzodziejącego, zlokalizowanego na skórze gładkiej podudzi.

Opis przypadku: Kobieta 70-letnia z nadciśnieniem tętniczym, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, otyłością I stopnia i przewlekłą niewydolnością żylną została przyjęta do Kliniki Dermatologicznej z powodu występującego od 3 miesięcy owrzodzenia podudzia prawego. Ponadto w wywiadzie zgłoszono nawracające od roku zmiany grudkowe dystalnych części kończyn oraz występujące od 5 lat zmiany paznokciowe – podłużne pobruzdowania oraz dystrofia płytki paznokciowej paluchów stóp. W badaniu dermoskopowym zmian grudkowych stwierdzono rumieniowe tło oraz charakterystyczną dla liszaja płaskiego siateczkę Wickhama. W badaniu surowicy metodą immunofluorescencji pośredniej wykazano

obecność przeciwciał SES-ANA w mianie 1 : 1280 na przelyku małpy i 1 : 10240 na przelyku świnki morskiej. Wyniki badania serologicznego w kierunku zakażenia wirusami zapalenia wątroby typu B i C były ujemne. W badaniu histopatologicznym wycinka ze zmian skórnych podudzia prawego potwierdzono rozpoznanie liszaja płaskiego. W leczeniu zastosowano cyklosporynę A w dawce 300 mg/dobę (3,06 mg/kg m.c.) z poprawą kliniczną.

Wnioski: W diagnostyce różnicowej owrzodzeń podudzi należy pamiętać o rzadkich postaciach klinicznych różnych dermatoz zapalnych. Badanie dermatoskopowe dostarcza istotnych wskazówek w ustaleniu wstępnego rozpoznania i zaplanowaniu dalszego postępowania terapeutycznego.

Słowa kluczowe: dermoskopia, liszaj płaski, owrzodzenie, cyklosporyna A.

Lupus panniculitis – rzadka odmiana przewlekłej skórnej postaci toczenia rumieniowatego

dr Marta Muszel, dr Patrycja Gajda,
dr med. Mariusz Sikora, dr hab. Adriana Rakowska

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: Toczeń rumieniowaty głęboki (*lupus erythematosus panniculitis*, *lupus profundus*) jest rzadko występującą odmianą przewlekłej skórnej postaci toczenia rumieniowatego. Choroba ta częściej dotyczy kobiet, a charakterystycznym miejscem występowania twardych, spoistych guzków są obszary obfitujące w podskórną tkankę tłuszczową – proksymalne części kończyn, pośladki, policzki i piersi, które zwykle po kilku tygodniach ustępują z pozostawieniem głębokich zaników.

Opis przypadku: Kobieta 60-letnia została przyjęta do Kliniki Dermatologicznej z powodu zmian rumieniowo-naciekowych i bolesnych guzków podskórnych zlokalizowanych na przyśrodkowej powierzchni uda prawego z towarzyszącym ogólnym osłabieniem i utratą masy ciała. Pierwsze zmiany skórne pojawiły się 3 miesiące wcześniej prawdopodobnie po urazie mechanicznym. Pacjentka z powodu podejrzenia zapalenia skóry i tkanki podskórnej oraz rumienia guzowatego była leczona kilkakrotnie empiryczną antybiotykoterapią, bez poprawy klinicznej. W badaniu dermoskopowym widoczne były nieregularne, polimorficzne naczynia. W badaniu

histopatologicznym wycinka ze zmiany stwierdzono obraz mikroskopowy odpowiadający *lupus panniculitis* – powierzchowne okołonaczyniowe i okołomieszkowe odczyny limfohistocytarne, obecne złogi barwnika i mucyny w skórze właściwej, nasilony odczyn zapalny złożony z limfocytów, histiocytów oraz licznych komórek plazmatycznych zajmujący zraziki tłuszczowe i przegrody łącznotkankowe tkanki podskórnej. Na podstawie całości obrazu klinicznego oraz wyników badań dodatkowych rozpoznano głęboką postać toczenia rumieniowatego. W leczeniu zastosowano hydroksychlorochinę doustnie (200 mg/dobę) oraz propionian klobetazolu miejscowo. Stwierdzono ustąpienie zmian rumieniowo-naciekowych z pozostawieniem głębokich zaników skóry.

Wnioski: Głęboka postać toczenia z powodu rzadkiego występowania i niecharakterystycznego obrazu klinicznego może powodować trudności diagnostyczne. Należy wziąć to pod uwagę w różnicowaniu zmian naciekowo-guzowatych proksymalnych części kończyn, pośladków i policzków. W diagnostyce różnicowej ważne jest wykonanie badania histopatologicznego w celu wykluczenia chłoniaka z komórek T typu zapalenia tkanki podskórnej.

Słowa kluczowe: *lupus panniculitis*, zapalenie skóry i tkanki podskórnej, zmiany skórne kończyn dolnych.

Zmiany guzkowe na podudziu u pacjenta z przewlekłą białaczką limfocytową – diagnostyka różnicowa

dr Marta Muszel¹, dr med. Joanna Czuwara¹,
prof. dr hab. Monika Prochorec-Sobieszek²

¹Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego

²Zakład Diagnostyki Hematologicznej Instytutu Hematologii
i Transfuzjologii w Warszawie

Wprowadzenie: Przewlekła białaczka limfocytowa (CLL) jest najczęściej występującą białaczką osób dorosłych. Cechuje się łagodniejszym przebiegiem i lepszym rokowaniem niż inne białaczki. Zajęcie skóry w przebiegu tej choroby występuje rzadko i dotyczy mniej niż 5% chorych.

Opis przypadku: Mężczyzna 81-letni z atypową przewlekłą białaczką limfocytową rozpoznaną w 2008 roku został przyjęty do Kliniki Dermatologicznej w celu konsultacji szybko rosnących guzków

na podudziu lewym. W wywiadzie pacjent był leczony wielolekowymi schematami chemioterapii z powodu CLL z częściową poprawą i regresją choroby. W marcu 2019 roku pojawiły się szybko rosnące, jednostronne, czerwono-fioletowe, brunatne guzki oraz guzy zlokalizowane na przedniej i przyśrodkowej powierzchni podudzia lewego, którym towarzyszył ból i obrzęk stawu skokowego. W badaniu dermatoskopowym wykazano atypowe naczynia krwionośne na różowo-mlecznym tle o układzie siateczkowo-zrazikowym. Pobrano wycinek skóry do badania histopatologicznego, w którym opisano nacieki skóry właściwej przez atypowe komórki jednojądrowe z cechami wtórnego uszkodzenia naczyń krwionośnych i wynaczynionymi erytrocytami. W badaniu immunohistochemicznym stwierdzono nacieki z komórek limfoidalnych o markerach komórek B decydujący o rozpoznaniu chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (*diffuse large B-cell lymphoma, leg type*). Na podstawie badań molekularnych rozpoznano zespół Richtera – transformację CLL w bardziej agresywną postać chłoniaka. Pacjent został skierowany do Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w celu wdrożenia odpowiedniego leczenia.

Wnioski: U pacjentów z CLL pojawienie się szybko powiększających się zmian skórnych naciekowych i guzkowych może być pierwszym objawem transformacji blastycznej i progresji do choroby o bardziej agresywnym przebiegu. W przypadku wystąpienia nowych zmian skórnych u pacjenta z białaczką należy pogłębić diagnostykę w celu ustalenia ostatecznego rozpoznania. Diagnostyka różnicowa u pacjentów z wieloletnią białaczką lub chłoniakiem prowadzącymi do dysfunkcji układu immunologicznego obejmuje inne procesy nowotworowe, procesy infekcyjne oraz zaburzenia krążenia limfatycznego powodujące powstanie liszaja śluzakowatego guzkowego. W celu ustalenia ostatecznego rozpoznania, poza dokładnym badaniem klinicznym, oceną dermatoskopową zmian oraz wycinkiem diagnostycznym, istotne jest wykonanie barwienia immunohistochemicznego.

Słowa kluczowe: przewlekła białaczka limfocyto-wa, zmiany guzkowe podudzi, zespół Richtera.

Piodermia zgorzelinowa z obecnością jałowych ropni – opis przypadku

dr Martyna Smolińska, dr Patrycja Gajda,
dr Danuta Fedorczyk, dr med. Mariusz Sikora,
dr hab. Zbigniew Samochocki,
dr hab. Adriana Rakowska

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: Piodermia zgorzelinowa jest rzadką zapalną dermatozą neutrofilową o przewlekłym i nawrotowym przebiegu, charakteryzującą się występowaniem bolesnych owrzodzeń. Najczęstszą lokalizacją zmian są kończyny dolne, zwłaszcza podudzia; jednak wykwyty mogą pojawiać się w każdym umiejscowieniu. W 50–70% przypadków współistnieje z innymi chorobami, najczęściej nieswoistymi zapaleniami jelit, rozrostami hematologicznymi, reumatoidalnym zapaleniem stawów i zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa.

Opis przypadku: Kobieta 36-letnia z wrzodzącym zapaleniem jelita grubego i piodermią zgorzelinową od 2003 roku została przyjęta do Kliniki Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu trwającego od 3 miesięcy zaostrzenia zmian skórnych (owrzodzenie w okolicy śródstopia prawego o średnicy 7 cm). Ponadto tydzień przed hospitalizacją u pacjentki wystąpiły ropnie w tkance podskórnej podudzia prawego. W wywiadzie zgłoszono, że podobne zmiany zlokalizowane w okolicy klatki piersiowej oraz lewego ramienia pojawiały się u pacjentki w przeszłości – posiewy z treści były wówczas jałowe. W czasie hospitalizacji rozpoczęto antybiotykoterapię metronidazolem oraz cyprofloksacyną parenteralnie z zaostrzeniem zmian skórnych oraz występowaniem kolejnych zmian w postaci ropni. Pacjentkę konsultowano chirurgicznie, wykonano drenaż ropnia oraz pobrano materiał na posiew. W miejscach interwencji chirurgicznej powstały nowe, niegojące się i stopniowo powiększające się owrzodzenia. Na podstawie wywiadu, całości obrazu klinicznego oraz ujemnych wyników posiewów z ropni rozpoznano piodermię zgorzelinową z obecnością jałowych ropni. Rozpoczęto leczenie prednizonem doustnie w dawce 40 mg/dobę (1 mg/kg m.c.) oraz cyklosporyną A dożylnie w dawce 150 mg/dobę (3,75 mg/kg m.c.), uzyskując poprawę stanu miejscowego skóry.

Wnioski: Przedstawiamy rzadki przypadek piodermii zgorzelinowej przebiegającej z tworzeniem jałowych ropni. Większość opisywanych dotąd przypadków jałowych ropni była związana z chorobami

zapalnymi jelit, u części tych pacjentów występowały także owrzodzenia w przebiegu piodermii zgorzelinowej. Ze względu na rzadkość występowania jałowe ropnie mogą być błędnie diagnozowane jako ropnie bakteryjne, co może skutkować zbędną ingerencją chirurgiczną, redukcją leczenia immunosupresyjnego oraz wynikającym z tego nasileniem zmian skórnych w przebiegu piodermii zgorzelinowej.

Słowa kluczowe: piodermia zgorzelinowa, jałowe ropnie, nieswoiste zapalenie jelit.

Rumień guzowaty u pacjenta ze zmianami w płucach – trudności diagnostyczne

dr Aleksandra Jonkisz¹, dr med. Bartłomiej Wawrzycki¹,
dr hab. Joanna Bartosińska¹, dr Marta Niewiedziół¹,
dr med. Marek Michnar²,
prof. dr hab. Dorota Krasowska¹

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

²Klinika Pneumonologii, Onkologii i Alergologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie

Wprowadzenie: Rumień guzowaty jest przewlekłą chorobą tkanki tłuszczowej charakteryzującą się powstawaniem słabo odgraniczonych, bolesnych, ucieplonych guzów najczęściej zlokalizowanych na częściach wyprostnych kończyn dolnych. Patogeneza choroby nadal jest nieznaną. Uważa się że do najważniejszych przyczyn należą: sarkoidoza, gruźlica, zakażenia paciorkowcowe, choroby przewodu pokarmowego, leki oraz ciąża.

Opis przypadku: Mężczyzna 36-letni został przyjęty z powodu występującego od miesiąca rumienia guzowatego. Z powodu podejrzenia infekcji górnych dróg oddechowych pacjent był leczony doustnymi antybiotykami. Na skórze podudzi widoczne były klasyczne bolesne guzy zapalne. Zmianom skórnym towarzyszyły wzrosty temperatury ciała do 39°C oraz dolegliwości bólowe kończyn. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono leukocytozę i podwyższone parametry stanu zapalnego. W czasie hospitalizacji wykonano RT23 (6 mm), Quantiferon (ujemny), RTG klatki piersiowej – obustronnie nadprzeponowo nieco wzmożony rysunek śródmiąższowy płuc. W leczeniu zastosowano antybiotykoterapię o szerokim spektrum działania i leki przeciwzapalne. Ze względu na opisywane w RTG klatki piersiowej

zmiany poszerzono diagnostykę o tomografię komputerową klatki piersiowej z kontrastem. Stwierdzono przywnekowo po stronie prawej nieostro odgraniczoną masę tkankową o wymiarach 37 × 30 mm i obwodowo w s3 PP drobnoguzkowe zagęszczenia miąższowe wraz z powiększonym węzłem chłonny w okolicy podziału tchawicy. Dzięki zastosowanemu leczeniu nastąpiła poprawa stanu ogólnego pacjenta z częściowym wchłonięciem zmian skórnych i ustąpieniem stanów podgorączkowych. Chory z powodu wyżej opisywanych zmian przywnekowych płuca prawego z podejrzenia nacieku i sarkoidozy został skierowany do Kliniki Pulmonologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, gdzie w wycinku stwierdzono ziarninę zapalną oraz komórki linii limfocytarno-granulocytarnej. Pacjent jest pod opieką poradni pulmonologicznej. Od około pół roku nie doszło do nawrotów zmian skórnych.

Wnioski: Przedstawiamy powyższy przypadek w celu zwrócenia uwagi na trudności diagnostyczne zmian w płucach u pacjenta z rumieniem guzowatym. Rumień guzowaty jest jedną z najbardziej charakterystycznych manifestacji skórnych w ostrej lub podostrej fazie sarkoidozy. Rokowanie ostrej lub podostrej formy sarkoidozy jest dobre, jednak istotne okazuje się wykluczenie procesu nowotworowego. Zmiany płucne obserwowane u chorego mogą odpowiadać jednostronnemu zespołowi Lofgrena.

Słowa kluczowe: rumień guzowaty, zespół Lofgrena, sarkoidoza.

Livedoid vasculopathy i owrzodzenia stóp jako pierwszy objaw APS i SLE – opis przypadku

dr Karolina Kowalik,
dr med. Małgorzata Michalska-Jakubus,
dr Joanna Pucufła, prof. dr hab. Dorota Krasowska

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

Wprowadzenie: *Livedoid vasculopathy* to nawracające, przewlekłe schorzenie o etiopatogenezie zakrzepowo-zatorowej lub immunologicznej dotyczące drobnych naczyń. Zmiany skórne w postaci sinofioletowych plam, ewoluujących w powierzchowne, bolesne owrzodzenia z następczym tworzeniem porcelanowobiałych, gwiaździstych blizn lokalizują się w obrębie dystalnych odcinków kończyn dolnych. Wśród wielu przyczyn etiopatogenetycznych zmian

w postaci *livedoid vasculopathy* wymienia się zespół antyfosfolipidowy (APS), który może towarzyszyć innym chorobom autoimmunologicznym, zwłaszcza SLE.

Opis przypadku: Kobieta 33-letnia została przyjęta do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej w Lublinie z powodu bolesnych, ostro odgraniczonych, nieregularnych owrzodzeń, zlokalizowanych na powierzchni podeszwy i bocznej stopy prawej oraz na opuszcze palca IV stopy lewej, leczonych ambulatoryjnie jako troficzne owrzodzenia żyłne. Ponadto na skórze grzbietów stóp, podudzi, ramion i przedramion obserwowano sinorumiennie wykwyty o układzie nieregularnej poprzerwanej siatki i sine zabarwienie opuszek palców stóp. W wywiadzie zgłoszono ciążę rozwiązana cięciem cesarskim w 31. tygodniu z powodu zagrażającej wewnątrzmacicznej zamartwicy płodu oraz podejrzenia zespołu HELLP. Pacjentka podawała dodatni wywiad rodzinny w kierunku tocznia rumieniowatego układowego. W badaniach dodatkowych wykonanych podczas hospitalizacji stwierdzono obecność przeciwciał anti-dsDNA, obniżenie składowych C3 i C4 dopełniacza oraz obecność potwierdzonych w odstępie 12 tygodni przeciwciał antyfosfolipidowych. W leczeniu zastosowano glikokortykosteroidy ogólnie, leki przeciwkrzepliwe, leki antyagregacyjne oraz leki przeciwmalaryczne. Uzyskano znaczną poprawę stanu miejscowego z wygojeniem owrzodzeń.

Wnioski: Niniejszy przypadek przedstawiamy ze względu na jego klasyczny obraz kliniczny, dominację objawów naczyniowych w przebiegu SLE oraz konieczność uwzględnienia APS i SLE w diagnostyce różnicowej owrzodzeń kończyn dolnych, zwłaszcza u osób młodych.

Słowa kluczowe: *livedoid vasculopathy*, zespół antyfosfolipidowy, owrzodzenia.

Wprowadzenie: Wyrośl podpaznokciowa jest łagodnym guzem pochodzenia kostno-chrzęstnego. Najczęściej obserwowana jest u nastolatków lub młodych dorosłych w obrębie pierwszego palca stopy. Zwykle rozpoznanie ustalane jest po kilkunastu miesiącach od początku trwania choroby, gdy guz istotnie deformuje płytkę paznokciową i powoduje ból. W piśmiennictwie dostępnych jest kilka opisów obrazów dermoskopowych wyrosli podpaznokciowej z obecnością onycholizy, poszerzonych naczyń, hiperkeratozy i owrzodzenia.

Opis przypadku: Kobieta 38-letnia, bez chorób przewlekłych zgłosiła się z powodu występującej od 8 miesięcy i stopniowo powiększającej się zmiany w obrębie aparatu paznokciowego pierwszego palca stopy prawej. W badaniu przedmiotowym stwierdzono guz o wymiarach 7 × 9 mm zlokalizowany pod przyśrodkową częścią płytki paznokciowej pierwszego palca stopy prawej, z towarzyszącą onycholizą. W badaniu wideodermoskopowym wykazano obecność masy guzowatej barwy porcelanowo-białej, onycholizy oraz poszerzonych naczyń. W badaniu wideodermoskopowym wolnego końca płytki paznokciowej stwierdzono obecność białawego złuszczenia. W badaniu rentgenowskim wykazano proliferację kostną wywodzącą się z paliczka dystalnego. Zmianę usunięto chirurgicznie. Ranę pozostawiono do gojenia przez ziarninowanie. W badaniu histopatologicznym obecna była wyrośl chrzęstno-kostna.

Wnioski: Badanie wideodermoskopowe może być przydatne we wczesnej diagnostyce podpaznokciowej wyrosli kostnej. Badanie histopatologiczne wyciętej zmiany jest złotym standardem rozpoznania.

Słowa kluczowe: dermoskopia, onychoskopia, wideodermoskopia, podpaznokciowa wyrośl kostna, *subungual exostosis*.

Interwencje dermatochirurgiczne w wybranych chorobach paznokci

dr med. Marta Sar-Pomian^{1,2},
dr med. Eryk Chrapowicki³

¹Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Ursynowskie Centrum Zabiegowe SPZOZ w Warszawie

³Klinika Chirurgii Onkologicznej i Guzów Neuroendokrynnych Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Obraz dermoskopowy w *telangiectasia macularis eruptiva perstans*

dr Agata Szykut-Badaczewska, dr med. Mariusz Sikora,
dr med. Joanna Czuwara,
prof. dr hab. Małgorzata Olszewska

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: Mastocytozy skórne to choroby związane z nieprawidłowym gromadzeniem się w skórze komórek tłuszczowych. Znamienna większość mastocytów skórnych pojawia się we wczesnym dzieciństwie. Teleangiektazja plamista wysiewna trwała jest niezwykle rzadkim schorzeniem, zazwyczaj rozpoznawanym w wieku dorosłym.

Opis przypadku: Kobieta 30-letnia zgłosiła się do Kliniki Dermatologicznej w celu diagnostyki zmian skórnych zlokalizowanych na skórze gładkiej od około 5 lat. W badaniu przedmiotowym obecne były czerwono-brązowe, teleangiektatyczne plamy średnicy kilku milimetrów na skórze tułowia oraz kończyn górnych i dolnych. Przy potarciu zmian skórnych obserwowano dodatni objaw Dariera. W dermatoskopii zmian widoczne były cienkie i kręte linijne naczynia oraz nieznaczny rumień z delikatnie zaznaczoną siatką barwnikową. W badaniu histopatologicznym wycinka ze zmiany skórnej zlokalizowanej na brzuchu opisano poszerzone kapilary z niewielkim odczynem zapalnym wokół. Barwieniem Giemzy stwierdzono pojedyncze komórki tłuszczne rozproszone wokół naczyń powierzchownie i głęboko. Wyniki badania laboratoryjnego krwi, w tym stężenia tryptazy w surowicy, mieściły się w granicach normy. Obrazy narządów wewnętrznych w RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej były prawidłowe. Po wykluczeniu zajęcia szpiku rozpoznano teleangiektatyczną postać mastocytozy skórnej, zwaną tradycyjnie teleangiektazją plamistą wysiewną trwałą (*telangiectasia macularis eruptiva perstans*). Do leczenia ogólnego włączono rupatadynę doustnie w dawce 20 mg/dobę. Pacjentkę poinformowano o czynnikach prowokujących degranulację mastocytów, zalecono ich unikanie oraz profilaktycznie zaopatrzone w adrenalinę w ampułkostrzykawce i prednizon.

Wnioski: Przedstawiony przypadek jest opisem rzadkiej postaci mastocytozy skórnej. Dermatostopia wraz z badaniem histopatologicznym pomagają diagnozować mastocytę skórną, nawet w jej rzadkiej postaci.

Słowa kluczowe: dermatostopia, mastocytoza skórna, objaw Dariera, *telangiectasia macularis eruptiva perstans*, teleangiektazja plamista wysiewna trwała.

Ziarniniak basenowy – trudności diagnostyczne skórnej infekcji wywołanej atypowymi prątkami

dr Anna Pasierb, dr med. Joanna Czuwara

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: Ziarniniak basenowy to rzadka infekcja skóry spowodowana atypowymi prątkami *Mycobacterium*. Do zakażenia dochodzi wskutek urazu. Po 2–4 tygodniach pojawia się pojedynczy sinoczerwony guzek lub grudka, z czasem o brodawkowatej powierzchni, która może ulegać wtórnemu owrzodzeniu. Zmiany skórne zlokalizowane są zazwyczaj na kończynach górnych. W rzadkich przypadkach zmianom skórnym może towarzyszyć powiększenie węzłów chłonnych. Zwykle zmiany skórne są rozpoznawane jako grzybica głęboka, gruźlica, ropień skóry lub leiszmanioza.

Opis przypadku: Mężczyzna 45-letni z nadciśnieniem tętniczym i źle kontrolowaną cukrzycą typu 2 zgłosił się do Ambulatorium Kliniki Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu niegojącej się od około 24 miesięcy sinofioletowej zmiany naciekowej na lewej ręce po zakłuciu śrubokrętem. Zmiana skórna była bezskutecznie leczona kilkoma antybiotykoterapiami i sukcesywnie się powiększała. W pobranym w tym czasie wycinku stwierdzono obecność ziarniny zapalnej. W ponownie konsultowanym w Klinice wycinku stwierdzono naskórek z cechami rozrostu rzekomorakowego z masami rogowo-neutrofilowymi w rozdętych i rozbudowanych nabłonkach mieszków włosowych. W powierzchownych warstwach skóry właściwej wykazano poszerzone i przekrwione naczynia krwionośne z cechami przewlekłego odczynu zapalnego ze skupiskami neutrofilów z hemosyderofagami w podścielisku, co świadczyło o współwystępowaniu wtórnego uszkodzenia naczyń krwionośnych. Całość obrazu mikroskopowego przemawiała za przewlekłą infekcją skóry właściwej z martwicą, ziarniną zapalną i odczynowym pobudzeniem regeneracyjnym naskórka przy ujemnym barwieniu PAS. Ustalono rozpoznanie infekcji atypowymi prątkami *Mycobacterium*, tj. ziarniniaka basenowego. Pacjent rozpoczął wielotygodniowe leczenie doksycyliną, następnie zastąpioną sulfametoksazolem z trimetoprimem przez 8 miesięcy w skojarzeniu z sulodeksydem z dobrym efektem klinicznym, jednak powikłanym polekowym uszkodzeniem wątroby w badaniach laboratoryjnych.

Wnioski: Przedstawiony przypadek zwraca uwagę na trudności diagnostyczne i opóźnienie w posta-

wieniu diagnozy w przypadku infekcji atypowymi prątkami oraz długi czas leczenia. Kluczem do ustalenia rozpoznania jest staranne przeprowadzenie wywiadu uzupełnione o badanie histopatologiczne. Niezbędna jest diagnostyka w ośrodku specjalistycznym dla interpretacji obrazu mikroskopowego tkanki, uzupełniona o barwienia mikrobiologiczne. Wybór terapii powinien być oparty na ustalonym lub domniemanym czynniku etiologicznym i indywidualnych czynnikach ryzyka.

Słowa kluczowe: ziarniniak basenowy, atypowe prątki, zmiana brodawkująca.

Słowa kluczowe: *Mycobacterium marinum*, prątki, ziarniniak akwariowy, dzieci.

Ziarniniak akwariowy u dziecka

dr Zofia Mazurek-Durlak^{1,2},
prof. dr hab. Przemko Kwinta³

¹Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

²Medistica w Krakowie

³Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum* w Krakowie

Wprowadzenie: Zmiany spowodowane przez prątki niegruźlicze są rzadką przyczyną chorób skóry.

Opis przypadku: Chłopiec 6-letni zgłosił się z rodzicami do poradni dermatologicznej z powodu zmian skórnych utrzymujących się od 2 lat mimo leczenia. Na stopie lewej stwierdzono liczne, rumieniowe blaszki z nadżerkami i strupami. W przeszłości stosowane zewnętrznie preparaty przeciwgrzybicze, przeciwbakteryjne i glikokortykosteroidowe nie przyniosły żadnej poprawy. Chłopiec często uczęszczał na basen przed pojawieniem się zmian. Badanie mikologiczne ze zmian było ujemne. Ze względu na wywiad i wygląd zmian silnie sugerujących ziarniniaka akwariowego w porozumieniu z rodzicami zdecydowano o próbie empirycznego leczenia. Antybiotykoterapia trimetoprimem z sulfametoksazolem przyniosła szybką i nieobserwowaną wcześniej poprawę w czasie kolejnych tygodni leczenia. Leczenie było dobrze tolerowane.

Wnioski: Ziarniniak akwariowy jest rzadką chorobą, której rozpoznanie jest często opóźnione o wiele miesięcy. Ważne mogą być informacje z wywiadu wskazujące na związek zmian z pływaniem, rybołówstwem lub akwarystyką. Potwierdzenie rozpoznania możliwe jest poprzez wyhodowanie *Mycobacterium marinum* z materiału z biopsji lub poprzez wykazanie prątków niegruźliczych w preparacie biopsyjnym. Oba badania często mogą być fałszywie ujemne. Choroba wymaga antybiotykoterapii ogólnej trwającej od kilku do kilkunastu tygodni.

Analiza czynników wpływających na obraz dermoskopowy łuszczycy

dr Joanna Golińska, dr med. Marta Sar-Pomian

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: Dane literaturowe dotyczące (wideo)dermoskopii łuszczycy plackowatej są niespójne. Wpływ lokalizacji anatomicznej oraz parametrów klinicznych na obraz (wideo)dermoskopowy blaszek łuszczycowych jest nieznan.

Materiał i metody: Do badania kohortowego włączono 50 pacjentów ze skórnymi zmianami łuszczycowymi, którzy pozostawali bez leczenia od przynajmniej miesiąca. U każdego pacjenta wykonano wideodermoskopię blaszek łuszczycowych w następujących lokalizacjach: twarz, klatka piersiowa, brzuch, przedramiona, podudzia, skóra owłosiona głowy oraz plecy. Oceniono zależność cech wideodermoskopowych od umiejscowienia zmiany, wieku i płci pacjenta, czasu trwania zmiany, a także nasilenia oraz rozległości zmian skórnych.

Wyniki: Zbadano łącznie 306 blaszek łuszczycowych (29 blaszek na twarzy, 42 na klatce piersiowej, po 48 na brzuchu i kończynach dolnych, 50 na przedramionach, 44 na skórze owłosionej głowy oraz 45 na plecach). Najczęściej obserwowano regularną dystrybucję łuski (144/306, 47,1%). Stwierdzono istotne statystycznie różnice w dystrybucji łuski pomiędzy badanymi lokalizacjami ($p = 0,017$). Na skórze pleców przeważała dystrybucja ogniskowa (24/45, 53,4%). Dystrybucja centralna była najczęściej obserwowana w zmianach na skórze brzucha (5/48, 10,4%), a obwodowa na skórze przedramion (5/50, 10%). Na skórze twarzy u kobiet najczęściej obserwowano regularną dystrybucję łuski (5/8, 62,5%), podczas gdy u mężczyzn dominował typ ogniskowy (11/14, 78,6%) ($p = 0,003$). W obrębie blaszek łuszczycowych występujących do 5 tygodni zlokalizowanych na podudziach przeważała dystrybucja ogniskowa (10/18, 55,6%), w zmianach utrzymujących się dłużej – regularna 20/31 (64,5%) ($p = 0,005$). Stwierdzono istotne statystycznie różnice w dystrybucji naczyń w obrębie blaszek łuszczycowych pomiędzy badanymi lokalizacjami ($p = 0,028$). Najczęściej obserwowano typ regularny (170/306 (55,6%)

blaszek), w blaszkach zlokalizowanych na skórze pleców dominował typ ogniskowy (25/45, 55,6%). Czerwone kropki obserwowane w powiększeniu 20-krotnym i globule obserwowane w powiększeniu 70-krotnym odpowiadały naczyniom kłębuszkowatym obserwowanym w 213/306 (69,6%) zmian lub naczyniom typu skręconych pętli, stwierdzanym najczęściej w obrębie zmian na skórze owłosionej głowy (35/44, 80%) oraz twarzy (20/29, 69%).

Wnioski: Na obraz wideodermoskopowy blaszek łuszczycowych może wpływać lokalizacja anatomiczna, czas trwania zmiany oraz płeć pacjenta.

Słowa kluczowe: łuszczycyca plackowata, dermoskopia, wideodermoskopia.

Motył na twarzy – nie tylko toczeń

dr Zofia Mazurek-Durlak^{1,2}

¹Medistica w Krakowie

²Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

Wprowadzenie: Pojawiające się wiosną i w lecie zmiany skórne u młodej osoby obejmujące nos i policzki budzą w pierwszej kolejności podejrzenie tocznia rumieniowatego.

Opis przypadku: Młoda kobieta zgłosiła się w maju do poradni dermatologicznej z powodu rumieniowych zmian skóry nosa, policzków i brody. Zmiany wykazywały złuszczenie w okolicy ujść mieszków włosowych. W wywiadzie pacjentka negowała opalanie. W dermatoskopii stwierdzono liczne linijne struktury wychodzące z ujść mieszków włosowych, tzw. nużeńcowe ujścia mieszków (*demodex follicular openings*). W zeszkrobinach ze zmian występowały liczne formy dorosłe i larwalne nużeńca. Zalecone leczenie iwermektyną oraz płynem z wyciągiem olejka z drzewa herbacianego przyniosło szybką poprawę.

Wnioski: Nużeniec może dołączyć do grona „wielkich imitatorów”. Zmiany o etiologii *demodex* mogą przypominać swoim wyglądem m.in. trądzik pospolity, wyprysk i toczeń rumieniowaty. Dermatoskopia jest szybką i dostępną metodą diagnostyki dermatoz zapalnych, która umożliwi ustalenie rozpoznania i wdrożenie odpowiedniego, celowanego leczenia.

Słowa kluczowe: nużeniec, nużycyca, *demodex*, dermoskopia, dermatoskopia.

Sarkoidoza obrączkowata skóry owłosionej głowy – trudności diagnostyczne

dr Alina Graczyk, dr med. Magdalena Misiak-Gałazka, dr med. Joanna Czuwara, dr Monika Łukiewicz, dr Małgorzata Maj, dr Danuta Fedorczyk, dr hab. Adriana Rakowska

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: Sarkoidoza jest chorobą wielokładową o nieustalonej etiologii, która charakteryzuje się tworzeniem nieserowaciejących nabłonkowych ziarniników. Narządami najczęściej zajętymi w przebiegu tej jednostki chorobowej są płuca i węzły chłonne, ale może ona zajmować także inne narządy, np. skórę. Sarkoidozę skórną stwierdza się w 20–35% przypadków z zajęciem wielonarządowym. Wyróżnia się kilka klinicznych postaci sarkoidozy skóry, takich jak rumień guzowaty, *angiolupoid sarcoidosis*, sarkoidoza prosówkowa, guzkowa, wrzodziejąca oraz obrączkowata.

Opis przypadku: Mężczyzna 41-letni został przyjęty do Kliniki Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu występującej od 4 lat zmiany skórnej w obrębie skóry owłosionej głowy oraz w okolicy skroniowej prawej. Zmiana skórna miała kształt obrączkowaty o średnicy 7 cm i postać blaszki rumieniowej z wałem grudkowo-złuszczającym oraz z ustępowaniem w części centralnej, bez cech łysienia. W diagnostyce różnicowej uwzględniono toczeń skórny krążkowy, ziarniniak twarzy, sarkoidozę obrączkowatą oraz gruźlicę skóry. W dermatoskopii zmian skórnych stwierdzono ułożone centralnie na żółto-pomarańczowym obszarze bezstrukturalnym liczne, rozgałęzione naczynia linijne. W badaniu histopatologicznym wycinka ze zmian skórnych opisano obecność nieserowaciejących ziarniników nabłonkowych. Na podstawie całości obrazów klinicznego, dermoskopowego oraz histopatologicznego rozpoznano sarkoidozę obrączkowatą. W badaniu tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości klatki piersiowej stwierdzono zmiany, które mogą wskazywać na II stadium sarkoidozy płucnej – pacjent oczekuje na hospitalizację w oddziale pulmonologicznym. Rozpoczęto leczenie metotreksatem w dawce 10 mg tygodniowo podskórnie, uzyskując stopniową poprawę stanu miejscowego skóry.

Wnioski: Zmiany o układzie obrączkowatym w obrębie skóry owłosionej głowy i twarzy mogą być manifestacją różnych chorób skóry, takich jak toczeń skórny krążkowy, ziarniniak twarzy i gruźlica

skóry. W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić także rzadką postać sarkoidozy – sarkoidozę obrączkową, która w dermoskopii charakteryzuje się obecnością rozgałęzionych naczyń linijnych na bezstrukturalnym żółto-pomarańczowym tle. Ostateczne rozpoznanie ustala się na podstawie badania histopatologicznego, w którym obecne są niesierowiczące ziarniniaki nabłonkowe.

Słowa kluczowe: sarkoidoza, skóra owłosiona głowy, dermoskopia, metotreksat.

Zmiany nadżerkowe błon śluzowych w przebiegu zatrucia metotreksatem

dr Aleksandra Wielgoś, dr Danuta Fedorczyk,
dr hab. Zbigniew Samochocki

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie

Wprowadzenie: Metotreksat jest lekiem immunosupresyjnym i przeciwnowotworowym, antagonistą kwasu foliowego, stosowanym powszechnie w terapii m.in. reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS). Standardowy sposób dawkowania metotreksatu zakłada stosowanie leku raz w tygodniu, zwykle doustnie lub podskórnie. Główną przyczyną zatrucia jest przypadkowe przyjmowanie leku codziennie.

Opis przypadku: Kobieta 75-letnia z RZS, nadciśnieniem tętniczym i przewlekłą obturacyjną chorobą płuc została przyjęta do Kliniki Dermatologicznej z powodu występujących od około 2 tygodni zmian nadżerkowych zlokalizowanych na błonach śluzowych jamy ustnej, narządów płciowych i okolic odbytu, a także na podbrzuszu. Pacjentka była dotychczas leczona amoksyliną z kwasem klawulanowym oraz witaminą PP i glikokortykosteroidami miejscowymi bez poprawy. W wywiadzie leczenie metotreksatem z powodu RZS – pacjentka podawała niestosowanie leku od miesiąca, a wcześniej wyłącznie raz w tygodniu, jednak z wywiadu uzyskanego od rodziny wydaje się prawdopodobne, że pacjentka nadal stosowała lek – omyłkowo codziennie. W badaniach laboratoryjnych wykonanych przy przyjęciu do Kliniki stwierdzono leukopenię (1,97 G/l) z neutropenią (0,67 G/l), niedokrwistość normocytarną (107,0 g/l), podwyższone stężenie białka C-reaktywnego (51,73 mg/l). Pobrano wycinek z błony śluzowej jamy ustnej do badania metodą immunofluorescencji bezpośredniej

(DIF) i surowicę do badania metodą immunofluorescencji pośredniej (IIF) – wykluczono choroby pęcherzowe. Na podstawie wywiadu ustalono rozpoznanie zatrucia metotreksatem o nieznanym czasie przyjmowania leku. W leczeniu zastosowano kwas foliowy, antybiotykoterapię parenteralną ceftriaksonem z ciprofloksacyną, profilaktykę przeciwgrzybiczą flukonazolem, profilaktykę przeciwwirusową acyklowirem, heparynę drobnocząsteczkową. Nastąpiło zagojenie nadżerek. Ze względu na leukopenię z neutropenią zastosowano filgrastym, uzyskując leukocytozę z neutrofilii. W 4. dobie po podaniu filgrastymu obserwowano ponownie leukopenię (3,14 G/l) z neutropenią (0,75 G/l), dlatego ponownie podano filgrastym. Pacjentka jest w trakcie hospitalizacji w Klinice Dermatologicznej.

Wnioski: Współwystępowanie nadżerek błon śluzowych z leukopenią i neutropenią u osoby stosującej przewlekle metotreksat może świadczyć o przedawkowaniu tej substancji. W takiej sytuacji należy niezwłocznie przerwać terapię tym lekiem, wykluczyć choroby pęcherzowe i toczeń rumieniowaty układowy oraz wdrożyć leczenie objawowe i profilaktykę zakażeń.

Słowa kluczowe: metotreksat, nadżerki, neutropenia.

Toksyczna nekroliza naskórka (zespół Lyella) jako ciężka i śmiertelna manifestacja szpiczaka mnogiego z amyloidozą u pacjenta z szybko rozwijającą się schyłkową niewydolnością nerek

dr Małgorzata Kępska-Dzilińska¹, lek. Anna Kohmann¹,
dr Michał Kuriga², dr Bartosz Puła³,
prof. dr hab. Joanna Matuszkiewicz-Rowińska¹,
prof. dr hab. Jolanta Małyżko¹

¹Klinika Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Oddział Nefrologiczny Wojewódzkiego Szpitala Zintegrowanego w Płocku

³Instytut Hematologii i Medycyny Transfuzyjnej w Warszawie

Wprowadzenie: Toksyczna nekroliza naskórka stanowi rzadką, ale ciężką, zagrażającą życiu, lekoopochodną reakcję śluzówkowo-skórną, z rozległą martwicą i oderwaniem ponad 30% naskórka.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 60-letniego mężczyzny, który został przyjęty do szpitala z rozpoznaniem zespołu nerczycowego. Na podstawie wycinka z nerki wysunięto podejrzenie amyloidozy AL z obecnością łańcuchów lekkich (κ). W wycinku pobranym z tkanki tłuszczowej nie stwierdzono żadnych odchyśleń od normy. Nie wykazano cech osteolizy w badaniu tomografii komputerowej. W badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej stwierdzono hepato- i splenomegalię. Wynik badania ECHO był prawidłowy. Pacjent został zakwalifikowany do chemioterapii, jednak ze względu na wyniki wycinka nerek, szybki wzrost kreatyniny w surowicy oraz hipotensję leczenie odroczone. Z powodu narastającej niewydolności nerek rozpoczęto hemodializoterapię. U pacjenta pojawiło się zapalenie płuc (*Staphylococcus aureus*), które skutecznie leczono cefuroksymem i cefazoliną. Do leczenia włączono allopurynol. Przy przyjęciu do Kliniki obserwowano zmiany rumieniowe skóry i błon śluzowych z pęcherzami i bolesne odwarstwienie naskórkowe. Na podstawie obrazu klinicznego zdiagnozowano zespół Lyella. Rozpoczęto odżywianie pozajelitowe, włączono glikokortykosteroidoterapię ogólnoustrojową, kontynuowano hemodializoterapię. W dalszej obserwacji nastąpiła poprawa zmian skórnych i błon śluzowych. Po 2 tygodniach stan pacjenta znacznie się pogorszył – wystąpił silny ból brzucha, a następnie cechy wstrząsu. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono cechy ciężkiej kwasicy metabolicznej. Pomimo terapii płynami, dobutaminą i imipenem pacjent zmarł. Przed zgonem w posiewach krwi stwierdzono wzrost *Pseudomonas aeruginosa* oraz *Acinetobacter baumannii*. Ponadto w wyniku wycinka szpiku kostnego uzyskanego po śmierci pacjenta wykazano śródmiąższowe nacieki komórek plazmatycznych. Pośmiertnie rozpoznano szpiczaka mnogiego z amyloidozą. Sekcja zwłok ujawniła ogniskowe zwłóknienie śródmiąższowe w sercu i płucach; stwierdzono zaawansowaną amyloidozę w nerkach, wątrobie, śledzionie i tłuszczu szpiku kostnego. W szpiku kostnym liczba plazmacytów nieznacznie wzrosła.

Wnioski: Aktywny nowotwór może zwiększyć ryzyko rozwoju zespołu Lyella 30–60-krotnie w stosunku do populacji ogólnej, wówczas śmiertelność jest bardzo wysoka. Rozwój zespołu Lyella może zwiastować czynną złośliwość, która z kolei może kształtować rodzaje leków oferowanych takim pacjentom. U 10–15% pacjentów ze szpiczakiem mnogim współistnieje pierwotna amyloidozą, co powoduje znacznie gorsze rokowania.

Słowa kluczowe: zespół Lyella, amyloidozą, szpiczak mnogi.

Nadżerkowe, krostkowe zapalenie owłosionej skóry głowy

dr Anna Ryczek, prof. dr hab. Adam Reich

Klinika Dermatologii w Rzeszowie

Wprowadzenie: Nadżerkowe, krostkowe zapalenie owłosionej skóry głowy to rzadka i przewlekła dermatoza, która dotyczy głównie osób starszych. Charakteryzuje się powstawaniem krost oraz nieogrzających się nadżerek i prowadzi do bliznowacenia.

Opis przypadku: Kobieta 82-letnia została przyjęta do Kliniki Dermatologii w Rzeszowie z powodu zmiany położonej w okolicy ciemieniowej głowy, powstałej około 15 lat temu w miejscu przebytego urazu głowy. Przez 11 lat u pacjentki obecne były pojedyncze, samoistnie ograniczające się krosty na rumieniowym podłożu. Od około 4 lat obserwuje się ich stopniową progresję. Przy przyjęciu do Kliniki w badaniu dermatologicznym okolicy ciemieniowej głowy stwierdzono pojedyncze ognisko chorobowe o wymiarach 6 × 4 cm, częściowo pokryte strupem, przy ucisku z wydobywającą się treścią ropną, w centralnej części z widocznym bliznowaceniem. W posiewie z rany nie wyhodowano drobnoustrojów. W wycinku ze zmiany stwierdzono ropnia podnaskórkowego z obecnością przewlekłych nacieków zapalnych i włóknienia w obrębie skóry właściwej oraz obrzęk międzykomórkowy naskórka. Na podstawie badania klinicznego, wywiadu chorobowego i wyniku badania histopatologicznego ustalono rozpoznanie nadżerkowego, krostkowego zapalenia owłosionej skóry głowy. W leczeniu zastosowano preparat miejscowy zawierający furoinian mometazonu, uzyskując znaczną poprawę stanu miejscowego.

Wnioski: Powyższy przypadek przedstawiono ze względu na rzadkość występowania schorzenia i wieloletni brak rozpoznania choroby u prezentowanej pacjentki.

Słowa kluczowe: skóra, scalp, neutrophilic dermatosis.

Łupież czerwony mieszkowy

dr Dominika Szkodzińska, dr Weronika Molga,
dr Kalina Wysocka-Dubielecka,
dr med. Ewelina Biało-Wójcicka

Oddział Dermatologii Dorosłych Międzyzleskiego Szpitala
Specjalistycznego w Warszawie

Wprowadzenie: Łupież czerwony mieszkowy (*pityriasis rubra pilaris* – PRP) jest rzadką, niejednorodną grupą dermatoz o nieznannej etiologii. Ich wspólną cechą są ogniska przymieszkowych grudek, rumieni barwy pomarańczowoczerwonej i łupieżowate złuszczenie. Może występować w każdej grupie wiekowej, najczęściej dotyczy dzieci i dorosłych między 50. a 70. rokiem życia. Nieznany jest związek występowania PRP z chorobami infekcyjnymi, nowotworowymi i autoimmunologicznymi.

Opis przypadku: Mężczyzna 66-letni był hospitalizowany na Oddziale Dermatologii Międzyzleskiego Szpitala Specjalistycznego z powodu rozsianych zmian rumieniowo-grudkowych, rumieniowo-złuszczający, którym towarzyszył świąd występujący od około 3 tygodni, bez uchwytnej przyczyny. Pierwsze objawy pojawiły się na owłosionej skórze głowy w postaci rumienia i drobnopłatowego złuszczenia. Następnie wystąpiły zmiany rumieniowe ze złuszczeniem w obrębie łuków brwiowych i fałdów nosowo-wargowych oraz nasilone zmiany rumieniowe powiek i zapalenie spojówek. Kolejno wykwitły o podobnym charakterze zaczęły się pojawiać na tułowiu i proksymalnych częściach kończyn. Ambulatoryjnie chory był leczony ogólnie lekami przeciwhistaminowymi bez poprawy. Przy przyjęciu do szpitala najbardziej nasilone zmiany skórne występowały na głowie, szyi, obręczy barkowej oraz górnej części tułowia, gdzie były obecne również rumieniowe, przymieszkowe grudki, plamy barwy łososiowej z łupieżowatą łuską i wysepkami zdrowej skóry. Przedramiona i podudzia były wolne od zmian skórnych. Dłonie i podeszwy z rumieniem i miernie pogrubiałą warstwą rogową. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższony poziom HBS-Ag, PSA, CEA, IgE całk., LDL, glukozy, nieznacznie zmniejszone stężenie witaminy D₃. W badaniu histopatologicznym wykazano pogrubienie warstwy kolczystej i ziarnistej, pogrubiałą warstwą rogową z czopami rogowymi w ujściach mieszków włosowych i skąpe nacieki limfoidalne w skórze właściwej. Ze względu na nasilenie zmian skórnych i wynik badania histopatologicznego do leczenia włączono acyetrynę w dawce 0,5 mg/kg m.c./dobę, uzyskując stopniową poprawę. Pacjent jest pod stałą kontrolą poradni dermatologicznej, chorób zakaźnych i urologicznej.

Wnioski: Przedstawiamy przypadek pacjenta, którego pierwotne zmiany skórne przypominały kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia i/lub lojotokowe zapalenie skóry. Charakterystyczny obraz kliniczny i wynik badania histopatologicznego umożliwiły prawidłowe rozpoznanie i włączenie odpowiedniego leczenia. Nie można wykluczyć powiązania zakażenia WZW typu B lub chorób rozrostowych z występowaniem zmian skórnych.

Słowa kluczowe: PRP, łupież czerwony mieszkowy Devergie, etiologia.

Chłoniak anaplastyczny z dużych komórek ALK(-) – maska skórna

dr Anna Ankudowicz

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu

Wprowadzenie: Chłoniak anaplastyczny z dużych komórek ALK(-) jest jednym z trzech podtypów ALCL (*anaplastic large cell lymphoma*). To rzadki nowotwór układu chłonnego z obwodowych limfocytów T/NK o agresywnym przebiegu klinicznym, wysokim stopniu zaawansowania klinicznego i niekorzystnym rokowaniu.

Opis przypadku: Mężczyzna 60-letni zgłosił się na Oddział Dermatologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu z powodu licznych rozsianych zmian skórnych okolicy zewnętrznych narządów płciowych i pachwin, które pojawiły się w marcu 2019 roku. Początkowo wysunięto podejrzenie obustronnej przepukliny pachwinowej, następnie zapalenia tkanki podskórnej z odczynem węzłowym – obie jednostki wykluczono. Chorego skierowano na Oddział Dermatologiczny w celu diagnostyki i leczenia. W badaniu w obrębie skóry pachwin i skóry narządów płciowych zewnętrznych zaobserwowano powiększone pachwinowe węzły chłonne, twarde, zlewające się w pakiety. Skóra pokryta była licznymi guzkami i guzami o zabarwieniu sinofioletowym, owrzodzeniami i strupami. Stwierdzono także zaczerwienienie oraz obrzęk prącia i moszny. W badaniach zaobserwowano leukocytozę, niedokrwistość, nadpłytkowość, zaburzenia jonowe oraz hipoproteinemie. Markery nowotworowe (CEA, CA 125, CA 19-9, PSA) były w normie. Pobrano głęboki wycinek ze zmian skórnych. Wysunięto podejrzenie chłoniaka skóry. W tomografii komputerowej jamy brzusznej stwierdzono pakiety węzłów zaotrzewnowych i lite bloki patologicznej tkanki chłonnej. W czasie hospitalizacji zastosowano ogólną antybiotykoterapię, miejscowe leczenie odkażające, przeciwzapalne i przeciwbakteryjne. W związku z pogarszaniem się stanu ogólnego i mierną poprawą stanu miejscowego pacjenta skierowano na oddział chorób wewnętrznych w szpitalu w Braniewie. W badaniu histopatologicznym rozpoznano chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek T ALK(-). Chorego przekierowano do Kliniki Hematologii w Olsztynie, gdzie otrzymał schemat leczenia CHOP (cyklofosamid, doksorubicyna, winkrystyna, prednizolon) oraz etopozyd w zredukowanej dawce. Po zastosowaniu terapii zmiany skórne uległy regresji, ale zaobserwowano progresję zmian w narządach wewnętrznych. Pacjent jest w trakcie terapii onkologicznej.

Wnioski: Dokładny wywiad i szczegółowe badanie fizykalne pacjenta oraz szybka współpraca inter-

dyscyplinarna są niezmiernie ważnym elementem diagnostyki chorób rozrostowych. Istotne jest prawidłowe rozpoznanie, zwłaszcza odróżnienie postaci skórnej (C-ALCL) od wtórnego zajęcia skóry w przypadku systemowego ALCL, co determinuje wybór odpowiedniego leczenia.

Słowa kluczowe: chłoniak anaplastyczny, chłoniaki skóry, nowotwory układu chłonnego.

Opis przypadku pacjentki z *livedo vasculopathy* – trudności diagnostyczne i terapeutyczne

dr Katarzyna Polak-Witka, dr Agata Szykut,
dr med. Joanna Misiewicz-Wroniak,
dr med. Joanna Czuwara

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: *Livedo vasculopathy* jest rzadko występującą, przewlekłą chorobą zakrzepową naczyń skóry małego kalibru, dotyczącą szczególnie kobiet między 15. a 50. rokiem życia. Cechuje się nawracającymi w okresie wiosenno-letnim epizodami wykrzepiania wewnątrznaczyniowego. Klinicznie objawia się sinicą siateczkowatą (*livedo racemosa*) i bolesnymi owrzodzeniami, gojącymi się z tworzeniem białych, gwiaździstych blizn (*atrophie blanche*). Zmiany skórne lokalizują się głównie na dystalnych częściach kończyn dolnych. W przeciwieństwie do chorób zapalnych naczyń, w badaniu histopatologicznym nie stwierdza się nacieków zapalnych w ścianie naczyń, martwicy włóknikowatej ścian naczyń i leukocytozy. Etiopatogeneza choroby jest niewyjaśniona lub złożona. U wielu pacjentów stwierdza się zaburzenia w układzie krzepnięcia. Preparaty stosowane w leczeniu charakteryzują się różną skutecznością.

Opis przypadku: Kobieta 30-letnia z występującymi od 18. roku życia zasinieniami skóry o typie *livedo racemosa* na podudziach jest pod opieką Kliniki Dermatologicznej w Warszawie. W wywiadzie zaostrożenia choroby występują w sezonie letnim jako bolesne, sine plamy i grudki z tendencją do rozpadu i tworzenia owrzodzeń, gojących się z zanikowymi bliznami. W diagnostyce zmian skórnych brano pod uwagę rozpoznanie *livedo vasculopathy* i inne jednostki chorobowe o podobnym obrazie klinicznym, które wykluczono na podstawie badania histopatologicznego, badania immunofluorescencji

bezpośredniej, nieobecności przeciwciał przeciwko cytoplazmie neutrofilów, przeciwiądrowych, antyfosfolipidowych i krioglobulin. W diagnostyce zaburzeń krzepnięcia zidentyfikowano mutację genu protrombiny G20210A. W leczeniu zastosowano preparaty przeciwplatekcyjne (kwas acetylosalicylowy), przeciwzakrzepowe (enoksaparynę, rywaroksaban, sulodeksyd) i glikokortykosteroidy ogólne. Leczenie modyfikowano z powodu nieskuteczności, braku trwałej odpowiedzi terapeutycznej lub występowania działań niepożądanych. Przed miesiącem do leczenia włączono mykofenolan mofetylu w dawce 2 g/dobę. Uzyskano poprawę stanu miejscowego z wygojeniem owrzodzeń.

Wnioski: Z powodu małej częstości występowania i obrazu klinicznego wspólnego dla szeregu jednostek chorobowych *livedo vasculopathy* sprawia klinicytom znaczne trudności diagnostyczne i terapeutyczne. Nieznana patogeneza choroby, zaburzenia na różnych poziomach kaskady krzepnięcia przekładają się często na niesatysfakcjonujące efekty terapeutyczne i próby poszukiwania przyczyn objawów typu *livedo racemosa*.

Słowa kluczowe: *livedo vasculopathy*, sinica siateczkowata, mutacja genu protrombiny G20210A.

Wyłysiające zapalenie mieszków włosowych u pacjenta leczonego acytretyną z powodu łupieżu czerwonego mieszkowego

dr Marta Dobrzyńska, dr Anna Malewska-Woźniak,
dr hab. Agnieszka Osmola-Mańkowska,
dr hab. Monika Bowszyc-Dmochowska,
dr med. Ewa Teresiak-Mikołajczak,
prof. dr hab. Zygmunt Adamski

Klinika Dermatologii Szpitala Klinicznego im. Heliodora
Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Wprowadzenie: Wyłysiające zapalenie mieszków włosowych (*folliculitis decalvans*) jest jednostką chorobową dotyczącą owłosionej skóry głowy o przebiegu przewlekłym i postępującym. Etiopatogeneza jest nieznana. Choroba charakteryzuje się utratą włosów oraz obecnością bliznowacenia w obrębie mieszków włosowych. Łupież czerwony mieszkowy (*pityriasis rubra pilaris* – PRP) to także choroba przewlekła, o nieustalonej przyczynie. Do jej objawów należą: rumień barwy pomarańczowej lub łososiowej, grudki zlokalizowane przymieszkowo, pogrubienie skóry

dłoni i podeszew oraz niekiedy świąd. Zmiany zwykle początkowo zlokalizowane są na skórze twarzy i głowy, mają tendencję do zlewania się w większe ogniska, co często prowadzi do uogólnionego stanu zapalnego skóry.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 75-letniego mężczyzny, u którego podczas leczenia acytretyną z powodu PRP rozwinęły się objawy *folliculitis decalvans*. Pacjent hospitalizowany po raz pierwszy z powodu erytrodermii. W badaniu histopatologicznym wycinka skóry nie stwierdzono cech łuszczycy, obraz odpowiadał PRP. Włączono acytretynę w dawce 50 mg/dobę. Po 19 miesiącach pacjent był hospitalizowany z powodu nawrotu erytrodermii w przebiegu PRP – zwiększono dawkę acytretyny do 75 mg/dobę. Pacjent hospitalizowany po raz kolejny z powodu zmian na skórze owłosionej głowy w postaci ognisk rumieniowo-naciekowych, z obecnością bliznowacenia. Pobrano wycinek do badania histopatologicznego ze skóry owłosionej głowy – rozpoznano *folliculitis decalvans*. Zdecydowano o zmianie leczenia na izotretynoinę w dawce 50 mg/dobę wraz z klindamycyną w dawce 300 mg 2 razy na dobę. Dalsze leczenie kontynuowano w poradni łuszczycy i nowoczesnych terapii w dermatologii, uzyskując poprawę kliniczną. W obrazie dermatoskopowym utrzymuje się objaw pędzla. Ze względu na nieprzewidywalny przebieg choroby w przypadku zaostrzenia stanu dermatologicznego rozważane będzie leczenie ryfampicyną (300 mg, 2 razy na dobę) z klindamycyną (300 mg, 2 razy na dobę) lub kotrimoksazolem (480–960 mg/dobę) wraz z iniekcjami doogniskowymi triamcynolonu (10 mg/ml co 4 tygodnie) albo triamcynolonem stosowanym doustnie w dawce 4 mg/dobę.

Wnioski: W przebiegu erytrodermii oraz podczas leczenia retinoidami doustnymi może występować utrata włosów, jednak ma ona charakter telogenowy. W piśmiennictwie nie znaleziono danych na temat współwystępowania PRP i *folliculitis decalvans*.

Słowa kluczowe: łupież czerwony mieszkowy, PRP, wyłysiające zapalenie mieszków włosowych.

Zapalenie skórno-mięśniowe u pacjentki z przeciwciałami anty-TIF- γ imitujące łupież czerwony mieszkowy – postać Wonga

dr Angelika Biełach-Bazyluk, dr Julita Anna Krahel,
dr hab. Anna Baran,
dr med. Małgorzata Jankowska-Janczyło,
prof. dr hab. Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie: Charakterystyczne objawy kliniczne i nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych zwykle szybko prowadzą do rozpoznania zapalenia skórno-mięśniowego. Rzadka postać choroby opisana przez Wonga, zwykle objawiająca się hiperkeratocytycznymi grudkami przymieszkowymi, może imitować zarówno klinicznie, jak i histologicznie inne jednostki chorobowe. W obrazie mikroskopowym zazwyczaj ujęć mieszków włosowych może sugerować łupież czerwony mieszkowy, toczek krążkowy lub rogowacenie mieszkowe. Cechą odróżniającą zapalenie skórno-mięśniowe od pozostałych jednostek chorobowych jest wakuolizacja warstwy podstawnej.

Opis przypadku: Kobieta 59-letnia, po mastektomii lewostronnej z powodu raka piersi przed 20 laty, zgłosiła się do Kliniki ze względu na zmiany skórne, którym towarzyszyło osłabienie mięśni obręczy barkowej i biodrowej. W badaniu ogólnym, poza cechami charakterystycznymi dla zapalenia skórno-mięśniowego, stwierdzono liczne, drobne, lśniące czerwone, przymieszkowe grudki oraz objaw Koebnera. W badaniach dodatkowych wykazano podwyższenie aktywności enzymów mięśniowych, markerów raka piersi i jajnika, obecność swoistych przeciwciał anty-TIF- γ . W badaniu mikroskopowym wycinka skórno-mięśniowego stwierdzono hiperkeratocytyczny naskórek z czopami rogowymi w obrębie ujęć mieszków włosowych, zwyrodnienie wodniczkowe komórek warstwy podstawnej ze skąłym okołonaczyniowym naciekiem limfocytarnym. Na podstawie całości obrazu klinicznego rozpoznano zapalenie skórno-mięśniowe typu Wonga, włączono leczenie pulsami metyloprednizolonu, zalecono fotoprotekcję, pilną tomografię komputerową miednicy mniejszej oraz konsultację onkologiczną w celu oceny wznowy choroby nowotworowej. Pacjentka kontynuuje leczenie pod kontrolą poradni reumatologicznej.

Wnioski: Rzadko występująca postać zapalenia skórno-mięśniowego typu Wonga może imitować inne jednostki chorobowe, co opóźnia postawienie prawidłowej diagnozy. Częstość współwystępowania

choroby nowotworowej wśród pacjentów z zapaleniem skórno-mięśniowym typu Wonga nie jest znana.

Słowa kluczowe: zapalenie skórno-mięśniowe, Wong, łupież czerwony mieszkowy.

Trudności diagnostyczne w rozpoznaniu odrzy u 28-letniego ratownika medycznego

dr Anna Ankudowicz, dr Agnieszka Koperkiewicz

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu

Wprowadzenie: Odra jest chorobą wieku dziecięcego o bardzo wysokiej zakaźności. Do zakażenia wywołwanego przez wirusa *Morbillivirus* z rodziny *Paramyxoviridae* dochodzi na drodze kropelkowej. Okres inkubacji wynosi 8–14 dni. Ostatnio obserwuje się gwałtowny wzrost zapadalności na odrę, który wiąże się ze zwiększoną liczbą odmów w zakresie obowiązkowych szczepień ochronnych.

Cel pracy: Przedstawienie przypadku pacjenta z rozsianą plamisto-grudkową osutką, u którego w diagnostyce różnicowej wysunięto podejrzenie odrzy.

Opis przypadku: Mężczyzna 28-letni, ratownik medyczny, zgłosił się na Oddział Dermatologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu z powodu uogólnionej plamisto-grudkowej osutki. W dniach poprzedzających hospitalizację pacjent był leczony doksycyliną z powodu zapalenia zatok, a następnie amoksycyliną ze względu na wystąpienie gorączki, osłabienia oraz suchego kaszlu. Po 2 dobach przyjmowania amoksycyliny u pacjenta pojawiły się zmiany plamisto-grudkowe na skórze głównie górnej połowy ciała i na śluzówkach jamy ustnej. Wysunięto podejrzenie osutki polekowej, mononukleozy zakaźnej bądź odrzy. W dzieciństwie pacjent zgodnie z kalendarzem szczepień przebył dwa obowiązkowe szczepienia przeciwko odrze. W związku z wątpliwościami diagnostycznymi chorego przeniesiono na Oddział Chorób Zakaźnych Szpitala Miejskiego w Elblągu. Stan ogólny pacjenta był dobry, w badaniu fizykalnym poza zmianami skórno-śluzówkowymi nie obserwowano odchyleń od normy. W badaniach laboratoryjnych wykazano nieznaczny wzrost CRP i leukopenię, natomiast w badaniach serologicznych wykluczono mononukleozę zakaźną i kiłę. Stwierdzono obecność przeciwciał przeciwko odrze w wysokim mianie w klasie IgM. Zastosowano izolację, reżim sanitarny oraz leczenie objawowe. Zgłoszono rozpoznanie odrzy do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej. U chorego nie ob-

serwowano powikłań, zmiany skórne stopniowo ustąpiły. Pacjenta w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu z zaleceniem okresowej kontroli lekarskiej.

Wnioski: Dokładny wywiad i szczegółowe badanie fizykalne pacjenta są bardzo ważnym elementem diagnostyki chorób skóry. W przedstawionym przypadku rozpoznano chorobę wirusową, która po wielu latach, w związku z obniżeniem wyszczepialności populacji dziecięcej, powinna być brana pod uwagę w diagnostyce różnicowej zmian skórno-śluzówkowych.

Słowa kluczowe: odra, mononukleozę zakaźną, osutka polekowa.

Zespół Satoyoshiego – dwa przypadki kliniczne

Martyna Rożek, Aleksandra Biskup, dr Tatsiana Damps

Katedra i Klinika Dermatologii i Wenerologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie: Zespół Satoyoshiego jest rzadką, wielonarządową chorobą o prawdopodobnej etiologii autoimmunologicznej. Do kryteriów rozpoznania zespołu należą: rozległe łysienie, skurcze mięśniowe oraz biegunki. Przeciwciała przeciwjądrowe są stwierdzane u około 60% pacjentów z zespołem Satoyoshiego. W leczeniu ogólnym najczęściej stosuje się glikokortykosteroidy, azatioprynę, cyklosporynę, a także inne leki immunosupresyjne. Dotychczas na świecie opisano około 50 przypadków pacjentów z rozpoznaniem zespołem Satoyoshiego. Dwa z nich były leczone w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Opis przypadku: U pierwszej pacjentki (lat 43) od 7 lat występuje łysienie plackowate uogólnione. Dodatkowo kobieta zgłasza bolesne skurcze mięśni oraz przewlekłe pojawiające się biegunki. W surowicy stwierdzono obecność przeciwciał przeciwjądrowych. U drugiej pacjentki (lat 41) od 2 lat występuje łysienie plackowate typu *ophiasis*. Dodatkowo kobieta zgłasza biegunki oraz osłabienie, sztywność i bóle mięśniowe od 9 lat. U pacjentki nie stwierdzono przeciwciał przeciwjądrowych w surowicy.

Wnioski: Propagowanie wiedzy o zespole Satoyoshiego jest bardzo ważne, ponieważ rozpoznanie tej choroby jest często wyzwaniem diagnostycznym.

Słowa kluczowe: zespół Satoyoshiego, łysienie plackowate, przeciwciała przeciwjądrowe.