

# STRESZCZENIA



## Akademia metotreksatu

Adam Reich

Zakład i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Rzeszowski  
w Rzeszowie

Metotreksat (MTX) stosowany jest w leczeniu łuszczycy od kilkudziesięciu lat. Do jego zalet należą niska cena, łatwość stosowania (raz w tygodniu), dobra tolerancja i skuteczność, zarówno w łuszczycy plackowatej, jak i w łuszczycowym zapaleniu stawów. Dawka leku o działaniu immunomodulującym mieści się w granicach 5–30 mg/tydzień. Maksymalna skuteczność MTX osiągnięta jest po 12–20 tygodniach leczenia. Obecnie uważa się, że lek może być stosowany tak długo, jak długo pozostaje skuteczny i dobrze tolerowany przez pacjenta. Ostatnio dużą popularność zyskuje podskórna droga podania MTX z uwagi na wysoką biodostępność, ograniczenie działań niepożądanych ze strony przewodu pokarmowego oraz wygodę stosowania dla pacjenta. W trakcie warsztatów zostaną omówione podstawowe zasady stosowania MTX, kwalifikacja pacjenta do leczenia oraz kontrola w trakcie terapii, a także zostaną przedstawione najnowsze dane na temat bezpieczeństwa i skuteczności leku.

## Akademia metotreksatu

Dominik Samotij

Zakład i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Rzeszowski  
w Rzeszowie

Metotreksat (*methotrexate* – MTX) jest pochodną aminopteryny, syntetycznym antagonistą kwasu foliowego, którego działanie przeciwproliferacyjne, przeciwzapalne i immunosupresyjne jest wykorzystywane w leczeniu chorób autoimmunizacyjnych oraz nowotworowych. Lek ten został w 1972 roku zatwierdzony przez Amerykańską Agencję Żywności i Leków (*US Food and Drug Administration* – FDA) do stosowania w ciężkiej i opornej na inne formy terapii łuszczycy, będąc jednym z najstarszych preparatów immunosupresyjnych. Dzisiaj, po upływie niemal 50 lat od jego pierwszego zastosowania w dermatologii, MTX należy do najczęściej wybieranych leków w terapii ogólnej łuszczycy. Metotreksat jest obecnie wskazany do leczenia niemal wszystkich postaci łuszczycy, przede wszystkim umiarkowanej i ciężkiej łuszczycy plackowatej, łuszczycowego zapalenia stawów, łuszczycy erythrodermicznej, a także łuszczycy paznokci oraz łuszczycy krostkowej. Istnieje

szereg doniesień naukowych, które potwierdzają dużą skuteczność tego leku w wyżej wymienionych postaciach choroby. Ponadto MTX jest z powodzeniem stosowany w leczeniu innych niż łuszczycy schorzeń autoimmunizacyjnych i nowotworowych skóry. Terapię MTX cechuje dodatkowo korzystny profil farmakoekonomiczny i duże bezpieczeństwo terapii długoterminowej. Pomimo wielu dekad doświadczeń z MTX brakuje jednak jednoznacznych schematów stosowania leku i monitorowania jego działań niepożądanych. Z tego powodu lekarze często obawiają się inicjowania i prowadzenia terapii MTX, w szczególności w praktyce ambulatoryjnej.

Celem warsztatów jest przedstawienie praktycznych aspektów zastosowania MTX, takich jak wskazania i przeciwwskazania do rozpoczęcia terapii, wybór formy podania, rekomendowane schematy terapeutyczne, monitorowanie oraz bezpieczeństwo leczenia. Powyższe zagadnienia zostały wybrane w kontekście istniejących kontrowersji dotyczących stosowania leku, które mogą w istotny sposób ograniczać jego użycie.

## Niealkoholowe stłuszczenie wątroby u pacjentów z łuszczycą – implikacje terapeutyczne

Elżbieta Kłujso

Klinika Dermatologii, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

Niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby (NAFLD) jest najczęstszym schorzeniem wątroby w zachodnim społeczeństwie. Pacjenci z łuszczycą mają większe prawdopodobieństwo występowania NAFLD, a także większe ryzyko progresji w bardziej zaawansowane i gorzej rokujące stadia NAFLD. Składowe zespoły metaboliczne, takie jak otyłość, zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, w istotny sposób korelują z przebiegiem NAFLD. Stan zapalny, który obserwujemy w łuszczycy, jest czynnikiem łączącym tę chorobę z zespołem metabolicznym i NAFLD. Wszyscy pacjenci z łuszczycą i towarzyszącą insulinoopornością, z czynnikami ryzyka dla zespołu metabolicznego powinni być badani przesiewowo w kierunku NAFLD, a planowana terapia powinna uwzględniać szczególne zagrożenie dla wątroby u tych osób, u których potwierdzono rozpoznanie NAFLD. Metotreksat nie jest zalecany w przypadkach zapalnej postaci NAFLD; bezpieczniejszą opcją u tych pacjentów są terapie lekami biologicznymi.

## Zaburzenia lipidowe w łuszczycy

Hanna Myśliwiec

Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Łuszczycy jest przewlekłą chorobą ogólnoustrojową związaną z rozwojem chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy, zespołu metabolicznego i otyłości. Wspólnym podłożem łuszczycy i chorób współistniejących mogą być zaburzenia gospodarki lipidowej. Lipidy pełnią w organizmie człowieka funkcję budulcową, będąc składnikami błon komórkowych, oraz biorą udział w magazynowaniu energii. W ostatnich latach wiele uwagi poświęca się roli lipidów jako substancji przekaźnikowych w reakcjach zapalnych. Zaburzenia lipidowe w łuszczycy dotyczą nie tylko zmian skórnych, lecz także znajdują swoje odzwierciedlenie w surowicy. W większości przeprowadzonych badań stwierdza się wzrost stężenia cholesterolu, trójglicerydów oraz lipoprotein

o małej gęstości (LDL) i jednocześnie zmniejszenie stężenia lipoprotein o dużej gęstości (HDL). W ostatnich badaniach u pacjentów z łuszczycą stwierdzono istotne odchylenia w profilu kwasów tłuszczowych. Obserwowano znaczną redukcję stężenia wielonienasyconych kwasów omega-3 (*n-3* PUFA) we krwi oraz wzrost wskaźnika *n-6/n-3* PUFA w stosunku do osób zdrowych. Dodatnia korelacja między wskaźnikiem PASI a wskaźnikiem *n-6/n-3* PUFA oraz wzrost współczynnika kwasów tłuszczowych nasyconych do nienasyconych wraz z czasem trwania choroby mogą pośrednio wskazywać, że nasilenie zaburzeń lipidowych wzrasta wraz z nasileniem łuszczycy oraz z czasem jej trwania. Inne badania prowadzone u pacjentów z łuszczycą wskazują również na zaburzenia stężenia sfingolipidów, do których należą ceramidy, sfingomielina oraz sfingozyno-1-fosforan, a także białek wiążących kwasy tłuszczowe w surowicy.

## Profil lipidowy i markery zapalenia a obrzęk i bolesność stawów u pacjentów z łuszczycowym zapaleniem stawów

Aldona Pietrzak<sup>1</sup>, Paweł Chabros<sup>2</sup>, Kinga Franciszkiewicz-Pietrzak<sup>3</sup>, Grzegorz Kandzierski<sup>4</sup>, Paweł Kiciński<sup>5</sup>, Dorota Krasowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup>Klinika Ortopedii i Traumatologii Katedry Ortopedii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>3</sup>Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>4</sup>Klinika Ortopedii i Rehabilitacji Dziecięcej Katedry Ortopedii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>5</sup>Zakład Hematoonkologii Doświadczalnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Łuszczycowe zapalenie stawów (*arthritis psoriatica*) współwystępuje nawet u 40% chorych na łuszczycę zwykłą. Generalnie w przebiegu łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS) zmiany skórne wyprzedzają zmiany stawowe, jednak u 15% pacjentów zmiany stawowe mogą wyprzedzać zmiany skórne. Za klinicznie niepokojące należy uznać, że około 30% pacjentów z łuszczycą skóry ma nierozpoznane łuszczycowe zapalenie stawów. Etiopatogeneza ŁZS obejmuje czynniki genetyczne, immunologiczne, środowiskowe oraz konstytucjonalne. Nasilenie objawów jest zmienne, co utrudnia kliniczną weryfikację postaci łuszczycowego zapalenia stawów.

Ponadto obraz radiologiczny wczesnych postaci ŁZS jest zbliżony do reumatoidalnego zapalenia stawów. Za cel pracy przyjęto ocenę profilu lipidowego i wybranych markerów zapalenia na tle parametrów opisujących kliniczny obraz i przebieg ŁZS. Oceniano również bolesność stawów objętych procesem chorobowym w skali VAS. Do badania włączono 31 pacjentów z ŁZS, u których średni czas trwania choroby wynosił  $10,35 \pm 12,91$  miesiąca. Mediana obrzękniętych stawów wynosiła 2,00, a mediana stawów bolesnych 8,00. W analizowanej grupie stwierdzono, że PASI oraz odsetek powierzchni ciała nie są powiązane istotnie statystycznie z bolesnością i obrzękiem stawów. Na podstawie analizy regresji logistycznej stwierdzono, że hipercholesterolemia (skategoryzowany profil lipidowy), czas trwania choroby (postaci ogólnej, postaci stawowej) są zmiennymi objaśniającymi dla obrzęku stawów w analizowanej grupie pacjentów. Predyktorem kształtującym obiektywne odczuwanie bólu stawów w skali VAS jest skategoryzowany profil lipidowy. Kliniczne wykładniki przebiegu postaci ogólnej nie są tożsame dla ŁZS. Nie potwierdzono klinicznego znaczenia OB jako markeru świadczącego o procesie zapalnym w obrębie stawów objętych procesem chorobowym.

stałe adipokiny: rezystynę, wisfatynę, białko wiążące retinol 4. Wyjaśnia to koncepcję „marszu łuszczycowego” i obserwacje częstego współistnienia łuszczycy z otyłością. Ogólnoustrojowy stan zapalny towarzyszący chorobie podsyćany przez cytokiny prozapalne i adipokiny produkowane przez tkankę tłuszczową trzewną prowadzi do rozwoju insulinooporności, uszkodzenia komórek śródbłonna. Dysfunkcja endotelium predysponuje do powstawania blaszek miażdżycowych i szybszego rozwoju incydentów sercowo-naczyniowych.

Powikłaniem otyłości jest rozwój niealkoholowego stłuszczeniowego zapalenia wątroby (NAFLD), które stwierdza się dwukrotnie częściej u pacjentów z łuszczycą plackowatą i wiąże się z ciężkością przebiegu choroby. Inną konsekwencją jest rozwój depresji. Prawdopodobnie cytokiny prozapalne mogą wchodzić w interakcje metabolizmu neuromediatorów.

Otyłość ma także istotny wpływ na terapię łuszczycy, co zwiększa ryzyko wystąpienia niepożądanych efektów leków ogólnoustrojowych, obniża skuteczność leczenia lekami biologicznymi, których dawka powinna być dostosowana do masy pacjenta. Jest czynnikiem odpowiedzialnym za zwiększoną objętość dystrybucji, co powoduje zmniejszenie stężenia leku.

## Otyłość a łuszczycyca

Agnieszka Owczarczyk-Saczonek

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

Liczne badania epidemiologiczne potwierdzają związek otyłości i łuszczycy, a nawet obecnie uważa się, że otyłość jest niezależnym czynnikiem jej rozwoju i wiąże się z gorszym rokowaniem. Ponadto redukcja masy ciała łagodzi przebieg łuszczycy za pomocą diety niskokalorycznej w połączeniu z ćwiczeniami fizycznymi.

Tkanka tłuszczowa trzewna jest największym narządem endokrynnym produkującym cytokiny prozapalne (TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-17) oraz adipokiny (adiponektyna, omentyna, chemeryna). Biorą one udział w rozwoju dyslipidemii, insulinooporności, cukrzycy, a także prowadzą do rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego. Szczególną rolę przypisuje się makrofagom tkanki tłuszczowej trzewnej, których liczba znacznie zwiększa się w otyłości. Są one odpowiedzialne za rozwój stanu zapalnego w tkance tłuszczowej i produkują cytokiny prozapalne (TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-8, IL-17, IL-18, MCP-1) oraz pozo-

## Łuszczycyca a możliwości wykonywania zawodu

Beata Kręcisz<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

<sup>2</sup>Klinika Dermatologii, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

Łuszczycyca jako nieuleczalna choroba ogólnoustrojowa silnie wpływa na psychologiczne i społeczne aspekty życia pacjentów. Niezależnie od nasilenia objawów i lokalizacji zmian chorobowych mogą jej towarzyszyć takie zaburzenia, jak depresja, stany lękowe, trudności w pracy zawodowej. Szacuje się, że wśród chorych na łuszczycę tylko 71% pozostaje aktywnych zawodowo, a stopa bezrobocia jest wyższa niż w populacji ogólnej. Wieloletnie doświadczenia wskazują, że osoba, która opuści rynek pracy z powodu przewlekłej choroby, ma znikome szanse, aby na niego powrócić, natomiast osoby aktywne zawodowo nie są w stanie z powodu łuszczycy pracować w pełni efektywnie. Dane wskazują, że tzw. całkowita utrata wydolności pracy wynosi 36%. Wydatki ponoszone przez ZUS na rzecz chorych na łuszczycę (plackowatą i stawową) wynoszą 48 mln rocznie. Po-

wstaje zatem pytanie, czy stać nas na nieefektywne leczenie łuszczycy i łuszczycowego zapalenia stawów. Badania hiszpańskie wskazują, że wczesna interwencja terapeutyczna u pracujących z chorobami układu ruchu skróciła średni czas zwolnienia lekarskiego z 41 do 26 dni, a każdy zainwestowany dolar zwrócił się 11-krotnie. W takim ujęciu środki finansowe zaangażowane w leczenie łuszczycy należy traktować jako inwestycję, a nie koszt. Łuszczycyca nie jest chorobą zawodową, ale może się zaostrzać pod wpływem środowiska pracy. Dlatego niezwykle istotne jest rozsądne doradztwo zawodowe, a każdy przypadek wymaga indywidualnego podejścia.

---

## Wyzwania opieki zdrowotnej nad chorymi na łuszczycę

Joanna Narbutt

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

Brak streszczenia.

---

wartość wskaźnika NAPSI wynosiła 8. Objawem dominującym w łuszczycowo zmienionych paznokciach stóp była zmiana zabarwienia płytki. U 25,8% badanych stwierdzono współwystępowanie łuszczycy i grzybicy paznokci stóp. Najczęstszą postacią onychomikozy była grzybica dermatofitowa. Nie stwierdzono, by wartość NAPSI oraz liczba zmienionych paznokci stóp zwiększały ryzyko wystąpienia infekcji dermatofitowej, natomiast zakażenie grzybami pleśniowymi częściej wiązało się z wyższymi wartościami NAPSI.

**Wnioski.** Zaburzenia powstałe w narządzie paznokciowym w przebiegu łuszczycy manifestują się zazwyczaj kilkoma różnymi objawami klinicznymi, które nakładając się na siebie, dają rozmaite obrazy kliniczne zmian paznokciowych, mniej lub bardziej charakterystycznych dla łuszczycy paznokci. Istnieje podobieństwo kliniczne paznokci stóp zajętych procesem łuszczycowym i paznokci stóp zmienionych zakażeniem grzybiczym. W znaczącej części przypadków paznokcie zmienione przez łuszczycę mogą być zainfekowane przez patogeny grzybicze, chociaż nie stwierdzono zależności wystąpienia grzybicy dermatofitowej paznokci stóp u chorych z łuszczycą a rozległością zmian łuszczycowych paznokci.

---

## Narządy paznokciowe w łuszczycy

Romuald Maleszka

Katedra i Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

**Wprowadzenie.** U większości pacjentów zmiany łuszczycowe w paznokciach towarzyszą charakterystycznym dla łuszczycy objawom skórnym. U 1–5% pacjentów z łuszczycą zmiany w paznokciach stanowią jedyny objaw tej dermatozy i wówczas rozpoznanie choroby tylko na podstawie obrazów klinicznych jest trudne.

**Cel pracy.** Ocena występowania klinicznych objawów łuszczycy w paznokciach oraz określenie częstości występowania zakażenia grzybiczego w łuszczycowo zmienionych narządach paznokciowych.

**Materiał i metody.** Zbadano 182 chorych z łuszczycą zwykłą i zmianami paznokci stóp. Rozległość zmian łuszczycowych w paznokciach stóp oceniano za pomocą wskaźnika NAPSI. Określano liczbę zmienionych płytek paznokciowych stóp oraz objaw dominujący. Materiał pobrany ze zmienionych paznokci został poddany diagnostyce mikologicznej.

**Wyniki.** W badanej grupie chorych na łuszczycę plackowatą ze zmianami paznokci stóp najczęstsza

## Autoimmunizacja w łuszczycy

Joanna Narbutt

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

Łuszczycą jest częstą, zapalną, przewlekłą chorobą skóry, w której złożonej patogenezie zachodzi wiele interakcji pomiędzy keratynocytami, komórkami skóry właściwej oraz komórkami bezpośrednio zaangażowanymi w działanie układu immunologicznego, tj. komórkami prezentującymi antygen i limfocytami T. Wzajemne interakcje pomiędzy tymi elementami, przy współdziałaniu licznych wydzielanych cytokin prozapalnych prowadzą do hiperprolifracji naskórka i rozwoju tarczki łuszczycowej. Efekt ten występuje u osób z predyspozycją genetyczną, jednak obecnie, mimo wielu badań naukowych, tło genetyczne również nie jest jeszcze jednoznacznie poznane. Dlatego właśnie prowokujące czynniki niezależne, takie jak czynniki środowiskowe, infekcyjne oraz stres i uraz, uznane są również za niezwykle ważne elementy rozwoju tej choroby. Dodatkowo ostatnio zidentyfikowano linie autoreaktywnych limfocytów T skierowanych przeciwko antygenom, m.in. LL-37, co pozwoliło uznać łuszczycę za chorobę autoimmunologiczną. Przemawia za tym też stosunkowo częste współistnienie innych chorób o tym podłożu u pacjentów. Podczas wykładu zostaną omówione najważniejsze nowe informacje związane z patogenezą łuszczycy, szczególnie w zakresie autoimmunizacji.

## Łuszczycą krostkowa uogólniona – diagnostyka i leczenie

Aleksandra Lesiak

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

Łuszczycą krostkowa jest odmianą łuszczycy i zaliczana jest do jednych z najcięższych postaci łuszczycy. Można wyróżnić co najmniej trzy postaci określane mianem łuszczycy krostkowej. Są to: łuszczycą krostkowa uogólniona, łuszczycą typu *acrodermatitis continua Hallopeau*, łuszczycą krostkową dłoni i stóp.

Podstawowym wykwitem jest sterylna krosta, w której treść ropną tworzą jedynie skupiska leukocytów wielojądrowych. Mogą one ulegać zlewaniu się, tworząc większe, nawet kilkunastocentymetrowe, nieregularne obszary na podłożu zapalnym. Pomimo poznania mechanizmów patogenetycznych choroby

wciąż wyzwaniem jest skuteczna terapia. W trakcie wykładu zostanie omówione postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne dotyczące łuszczycy krostkowej.

## Pielęgnacja skóry w łuszczycy

Adam Reich

Zakład i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Rzeszowski  
w Rzeszowie

Łuszczycą jest przewlekłą chorobą zapalną skóry dotyczącą około 1–3% populacji ogólnej. Do objawów łuszczycy najbardziej uprzykrzających pacjentom życie należą świąd oraz nadmierne łuszczenie się skóry. Stosowane obecnie nowoczesne metody leczenia przeciwołuszczycowego umożliwiają skuteczną kontrolę objawów chorobowych, jednak właściwie prowadzona pielęgnacja skóry nie tylko przyczynia się do poprawy ostatecznego efektu leczniczego, lecz także przyspiesza uzyskanie poprawy klinicznej. Odpowiednio prowadzona pielęgnacja skóry pozwala także na lepszą kontrolę objawów subiektywnych oraz zmniejsza nadmierne łuszczenie się naskórka. Ponadto właściwa pielęgnacja skóry łuszczycowej w okresie remisji zmniejsza ryzyko szybkiego nawrotu zmian skórnych.

## Poczucie szczęścia a wsparcie psychologiczne chorego na łuszczycowe zapalenie stawów

Dorota Minta

Gabinety Psychologiczne „Lwowska” w Warszawie

Życie z chorobą przewlekłą to jak życie pod nieustającą presją. Oznacza ograniczenie wolności, podporządkowanie wszystkiemu zaleceniom medycznym. Za tym idą często problemy z samooceną, akceptacją własnego ciała, umiejętnościami budowania relacji społecznych czy w skrajnych przypadkach brak poczucia sensu życia. W koncentracji nad poradzeniem sobie z chorobą w toku terapii medycznej bardzo często zbyt mało czasu poświęca się na opiekę psychologiczną i psychoterapeutyczną. Jak pokazują badania, ale też obserwacje, wsparcie samego chorego i jego bliskich ma istotny wpływ na przebieg procesu terapeutycznego. Jak powinna wyglądać opieka psychologiczna? Kiedy jej szukać? Co

może wnieść w sam proces leczenia? To pytania, na które będzie odpowiadać wykład.

## Depresja a łuszczyca. Fakt naukowy czy faktyczny problem medyczny?

Przemysław Pacan

Zakład Psychiatrii Konsultacyjnej i Badań Neurobiologicznych, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

W internetowej bazie danych PubMed na dzień 4 marca można odnaleźć 660 pozycji pod hasłem łuszczyca i depresja. W samym 2017 i 2018 roku pojawiło się 68 nowych doniesień. Gros publikacji dotyczy rozpowszechnienia depresji u pacjentów z łuszczycą, które według różnych badań wynosi od 6% do 68%. Należy się zastanowić, skąd wynikają tak duże różnice w uzyskiwanych wynikach.

Przedstawione zostaną również najnowsze zagadnienia dotyczące współwystępowania łuszczycy i depresji. Ostatnio pojawiły się publikacje wskazujące na większe ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych, w tym zawału mięśnia sercowego u pacjentów z współwystępowaniem łuszczycy i depresją. Badania sugerują również większe ryzyko pojawienia się depresji przy jednoczesnym współwystępowaniu łuszczycy i cukrzycy.

Omówiona zostanie metodologia badań, kryteria, na podstawie których ustala się rozpoznanie depresji u chorych na łuszczycę oraz to, jak rozumieć pojęcie „depresja” w odniesieniu do tych chorych.

Podane zostaną praktyczne wskazówki dotyczące rozpoznawania zaburzenia depresyjnego oraz diagnostyki różnicowej zaburzeń nastroju u chorych na łuszczycę.

## Jakość życia u chorych na łuszczycę

Anna Zalewska-Janowska

Zakład Psychodermatologii, Międzywydziałowa Katedra Immunologii Klinicznej i Mikrobiologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jakość życia związana z chorobą (*health related quality of life* – HRQoL), w skrócie zwana jakością życia (*quality of life* – QoL), u chorych na łuszczycę jest niska, czyli zła. Jest ona gorsza niż u pacjentów

cierpiących na wiele internistycznych chorób przewlekłych, a nawet na nowotwory, z wyłączeniem naturalnie fazy terminalnej. Wprowadzenie oceny HRQoL do dermatologii stało się przełomem w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, a ponadto ważnym przyczynkiem do uświadomienia decyden- tom wagi przewlekłych chorób skóry, wśród których łuszczyca należy do flagowych. Sytuacja ta pomogła także uświadomić znacznej części społeczeństwa, jak ogromne obciążenie niesie łuszczyca zarówno dla pacjentów, jak i ich rodzin, determinując bardzo wiele aspektów życia w społeczeństwie. Bazy danych wskazują na prawie 2500 rekordów łączących QoL z łuszczycą – to ogrom. Ocena QoL za pomocą dostępnych w języku polskim, wystandaryzowanych, krótkich kwestionariuszy (np. 10-punktowy DLQI) powinna na stałe wejść do kanonu rutynowej oceny ciężkości łuszczycy u pacjentów zarówno szpitalnych, jak i ambulatoryjnych.

## Łuszczyca – choroba duszy i ciała. Badanie znaczenia grup wsparcia w procesie leczenia chorych na łuszczycę działających w Polsce i wybranych krajach

Katarzyna Gerke<sup>1</sup>, Zygmunt Adamski<sup>2</sup>, Ryszard Żaba<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

<sup>3</sup>Zakład Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

**Introduction.** Psoriasis is a non-infectious and one of the most common skin diseases with chronic and recurrent nature. It occurs in about 2–4% in Poland in about 2% of the world's population. Psoriasis may occupy a limited area of the body, manifesting itself with few foci or may be a serious disorder that covers all skin and joints, leading to disability. Patients benefit from the help of support groups, which are a form of psychosocial support and the exchange of shared experiences. Help can take the form of providing important and useful information, reporting on your own experiences, problem, listening and acceptance of others' experiences, understanding and establishing social contacts.

**Aim.** To study the significance and impact of existing support groups for psoriasis patients on the process of occupational and social activation of patients. Psoriasis is a stigmatizing and isolating disease from



both social and professional life. Patients with psoriasis describe their illness as a friend for a lifetime, but much more often – a cry, a nightmare, stigma, anguish, suffering. Psoriasis is according to patients a “disease of the soul and body” that changes every area of their professional, social and family life.

**Material and methods.** Materials and methodology to conduct a survey among 80 patients in Poland and 80 patients in selected countries in the 18–60 age group.

**Results.** Preliminary research results encourage the extension of the group of patients surveyed due to the high interest in the subject and emerging new organizations.

**Conclusions.** The final results will determine the importance of the support groups and will be published.

---

## Dr Julian Kostołowski – pionier i ojciec podkarpackiej dermatologii

Robert Kijowski

Klinika Dermatologii w Rzeszowie

Brak streszczenia.

---

Wykład im. dr. Juliana Kostołowskiego

## Psoriasis – an integrated approach

Matthias Augustin

Institute for Health Services Research in Dermatology and Nursing (IVDP), German Center for Health Services Research in Dermatology (CVderm), University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Germany

Brak streszczenia.

---

Wykład im. dr. Juliana Kostołowskiego

## Understanding and treating pruritus in atopic dermatitis and other diseases

Martin Steinhoff

Department of Dermatology and UCD Charles Institute of Translational Dermatology, University College Dublin, Dublin, Ireland

Brak streszczenia.

---

## Terapia wtórnych zakażeń bakteryjnych w chorobach zapalnych skóry

Adam Reich

Zakład i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Rzeszowski w Rzeszowie

W ostatnich latach ponownie zwrócono uwagę na problem kolonizacji skóry przez bakterie i ich rolę w podtrzymywaniu procesu zapalnego w przewlekłych dermatozach. Wykazano, że chorzy z atopowym zapaleniem skóry cechują się zmniejszoną liczbą saprofitycznych gatunków bakterii rezydujących na skórze, które są wypierane przez *Staphylococcus aureus*. Wiadomo, że *Staphylococcus aureus*, działając jako superantigen, jest czynnikiem zaostrzającym przebieg wielu chorób zapalnych skóry, w tym atopowego zapalenia skóry. Obecnie uważa się, że przywrócenie równowagi mikrobiologicznej skóry może przyczynić się do poprawy odpowiedzi na leczenie oraz podtrzymywać uzyskaną remisję kliniczną w atopowym zapaleniu skóry. Również w łuszczycy sugeruje się związek pomiędzy występowaniem zaostrzeń choroby czy rozwojem łuszczycowego zapalenia skóry a zaburzeniami mikroflory bakteryjnej. Wydaje się, że wsparcie terapii przeciwwzapalnej lekami o działaniu przeciwbakteryjnym może przyczynić się do poprawy efektu terapeutycznego oraz podtrzymania remisji zmian chorobowych. W trakcie wykładu zostaną omówione aktualne dane na temat znaczenia mikroflory bakteryjnej w rozwoju chorób zapalnych skóry, a także zostaną przedstawione możliwości terapii wtórnych zakażeń bakteryjnych na skórze i metod przywracania równowagi mikrobiologicznej skóry.

## Fototerapia łuszczycy

Waldemar Placek

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

Brak streszczenia.

## Estry kwasu fumarowego w terapii łuszczycy

Witold Owczarek

Klinika Dermatologiczna, WIM CSK MON w Warszawie

Brak streszczenia.

## Leczyć efektywnie czy efektywnie – jaką opcję terapeutyczną wybrać, aby osiągnąć sukces w leczeniu łuszczycy?

Adam Reich

Zakład i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Rzeszowski w Rzeszowie

Ostatnie lata przyniosły ogromny postęp w leczeniu łuszczycy, zwłaszcza w odniesieniu do tzw. terapii biologicznych. Pierwszymi lekami biologicznymi zarejestrowanymi w terapii łuszczycy były leki blokujące czynnik martwicy nowotworu  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ). TNF- $\alpha$ , wydzielany przede wszystkim przez monocyty i makrofagi, pozostaje jedną z głównych cytokin prozapalnych w skórze, która pobudza inne komórki układu immunologicznego do produkcji i wydzielania szeregu kolejnych cytokin prozapalnych. Zatem TNF- $\alpha$  stanowi centralną cytokinę odpowiedzialną za indukcję procesu zapalnego w wielu chorobach o podłożu autoimmunologicznym.

Obecnie dostępne leki, jeśli są refundowane przez systemy zdrowotne, pozwalają na skuteczną kontrolę łuszczycy u większości chorych. Ostatnie lata przyczyniły się także do opracowania schematów leczenia w rzadszych postaciach łuszczycy, m.in. w łuszczycy dłoni i stóp czy łuszczycy paznokci. Współczesna terapia łuszczycy musi być jednak ukierunkowana nie tylko na skuteczną kontrolę zmian skórnych, lecz także uwzględniać schorzenia współistniejące u danego chorego. U części chorych z łuszczycą występuje łuszczycowe zapalenie stawów. Udowodniono także, że łuszczycy wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na inne choroby o podłożu autoimmunologicznym i autozapalnym, w tym *hidradenitis suppurativa*, chorobę Leśniowskiego-Crohna czy reumatoidalne zapalenie stawów. Warto zaznaczyć, że TNF- $\alpha$  odgrywa istotną rolę patogenetyczną we wszystkich wymienionych powyżej jednostkach chorobowych. Zastosowanie

leków blokujących TNF- $\alpha$ , w tym adalimumabu, pozwala na skuteczną leczenie nie tylko łuszczycy, lecz także innych towarzyszących schorzeń o podłożu autoimmunologicznym. Ze względu na powyższe brytyjskie wytyczne dotyczące leczenia łuszczycy i łuszczycowego zapalenia stawów traktują adalimumab jako lek biologiczny pierwszego rzutu.

## Zastosowanie leków blokujących interleukinę 17 w świetle aktualnych wytycznych dotyczących leczenia łuszczycy

Justyna Szczęch

Zakład i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Rzeszowski w Rzeszowie

Łuszczycą jest chorobą układową mediowaną immunologicznie, przebiegającą ze zmianami zapalnymi na skórze i z dolegliwościami stawowymi. Obecnie wiadomo także, że łuszczycą wiąże się z występowaniem wielu chorób towarzyszących, w tym istotnych zaburzeń metabolicznych czy chorób układu krążenia. Choroba ta ma ponadto istotny negatywny wpływ na jakość życia pacjenta. Złożona immunologiczna patogenezą tego schorzenia do dziś nie została w pełni wyjaśniona. Wiadomo jednak, że istotną rolę w rozwoju łuszczycy odgrywają limfocyty T pomocnicze typu 17 oraz związana z nimi interleukina 17 (IL-17). Nowoczesne terapie łuszczycy mają na celu blokowanie cytokin biorących udział w szlaku rozwoju procesu łuszczycowego. Sekukinumab jest rekombinowanym, w pełni ludzkim przeciwciałem monoklonalnym skierowanym przeciwko IL-17A. Jest to pierwszy lek blokujący IL-17, który został zarejestrowany przez *US Food and Drug Administration* w leczeniu łuszczycy plackowatej o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego u dorosłych spełniających kryteria leczenia ogólnego. Jego efekt terapeutyczny i korzystny profil bezpieczeństwa w łuszczycy plackowatej został wykazany w wielu badaniach klinicznych II i III fazy. Obecnie pojawiają się także pierwsze doniesienia o skuteczności leczenia sekukinumabem pacjentów z łuszczycowym zapaleniem stawów (badanie FUTURE 2) oraz pacjentów, którzy nie odpowiadali na wcześniej stosowane terapie inhibitorami TNF- $\alpha$  i inhibitorami IL-12/23.

## Leczenie łuszczycy w ciąży w świetle aktualnych zaleceń

Łukasz Matusiak

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Łuszczycą jest przewlekłą chorobą zapalną, która atakuje przede wszystkim skórę i stawy, z częstością występowania na całym świecie wynoszącą 1–3%. Około połowa pacjentów dotkniętych tą chorobą to kobiety, u których w znacznym odsetku choroba pojawia się w wieku rozrodczym. Ryzyko dla płodu u kobiet w ciąży z łuszczycą wynika zarówno z choroby matki, jak i leków stosowanych w celu kontrolowania łuszczycy. Emolienty oraz miejscowe sterydy o małej lub średniej sile działania lub fototerapia UVB stanowią pierwszą linię terapii dla kobiet w ciąży. Wielu dermatologów może jednak zalecić przerwanie stosowania wszystkich leków w czasie ciąży ze względu na kwestie medycynoprawne, a także biorąc pod uwagę, że najczęściej występujące formy łuszczycy nie zagrażają zdrowiu matek i płodów. Dodatkowo istnieją dowody, że większość kobiet podczas ciąży doświadcza poprawy w nasileniu i przebiegu ich łuszczycy, dlatego taka postawa może znajdować sporo zwolenników. Niemniej część pacjentek ze względu na zaawansowanie choroby wymaga leczenia systemowego, które w dużej mierze jeszcze dekadę temu było oparte na cyklosporynie A. Obecnie leki biologiczne stały się coraz bardziej powszechne w terapii pacjentów z łuszczycą, ale obawy dotyczące ich wpływu na ciążę i laktację często uniemożliwiają leczenie w tych okresach. W ciągu ostatniej dekady znacznie lepiej poznaliśmy przebieg łuszczycy w czasie ciąży oraz bezpieczeństwo stosowania leków biologicznych w okresie ciąży i laktacji. W pewnych okolicznościach leki biologiczne można uznać za odpowiednie opcje leczenia pacjentek w ciąży lub karmiących. Ze względu na najdłuższą obecność na rynku i większą ilość dostępnych danych preferowane powinny być leki anty-TNF, przed anty-IL-12/23 czy anty IL-17.

## Łuszczycowe zapalenie stawów – znaczenie dermatologa

Agnieszka Osmola-Mańkowska

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii,  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS) rozwija się średnio u 1/4 pacjentów z łuszczycą w ciągu 10 lat trwania choroby. Obecnie jest traktowane nie jako choroba współistniejąca, ale składowa zespołu łuszczycy. Może pojawić się na każdym etapie rozwoju łuszczycy oraz praktycznie towarzyszyć wszystkim jej postaciom: łuszczycy plackowatej, krostkowej zlokalizowanej i uogólnionej czy erytrodermii łuszczycowej. Niestety duży odsetek pacjentów z łuszczycą skóry ma niezdiagnozowane ŁZS. Ciężkość nasilenia zmian skórnych i zmian stawowych nie zawsze ze sobą koreluje. Ponadto odpowiedź na leczenie ze strony skóry i stawów może się różnić. Wyszczególniono natomiast pewne cechy łuszczycy wiążące się z wyższym ryzykiem rozwoju ŁZS, są to m.in. zmiany w obrębie owłosionej skóry głowy, zajęcie paznokci, wykwity o typie łuszczycy odwróconej, szczególnie w okolicy szpary międzypośladowej, a także rozległość zmian. Charakterystyczną cechą ŁZS jest częste występowanie zmian paznokciowych – do 90% pacjentów, podczas gdy zmiany te towarzyszą w ok. 50% przypadków łuszczycy zwyczajnej. Zmiany paznokciowe mogą być również jedynym objawem skórny towarzyszącym ŁZS. Obecność zmian paznokciowych może powodować dolegliwości bólowe, skutkować osłabieniem zdolności manualnych i wywoływać u pacjenta stres emocjonalny. Celem leczenia ŁZS, wzorem innych chorób reumatycznych, zgodnie z zasadą *treat to target* jest obecnie indukcja remisji lub osiągnięcie minimalnej aktywności choroby. Ze względu jednak na heterogeny obraz kliniczny oraz występowanie zmian nie tylko w zakresie narządu ruchu, lecz także zmian pozastawowych oraz częste zajęcie skóry i paznokci – zdefiniowanie i osiągnięcie tego celu nie jest łatwe. Aktualne rekomendacje GRAPPA uzależniają wybór postępowania leczniczego od rodzaju objawów dominujących. Wyróżniają m.in. grupy pacjentów z przewagą zmian skórnych oraz paznokciowych. Podstawą leczenia zmian skórnych o charakterze łuszczycy plackowatej towarzyszących ŁZS są leki miejscowe, zarówno w zmianach skórnych o łagodnym przebiegu, jak i wspomagająco w przypadkach o przebiegu umiarkowanym i cięższym. W przypadku zmian bardziej rozległych zalecana jest fototerapia lub konwencjonalne systemowe leki modyfikujące przebieg choroby, tj. metotreksat, cyklosporyna A, acytretyna lub apremilast. EULAR podkreśla,

że u pacjentów ze znaczącymi zmianami skórnymi lekiem pierwszego wyboru powinien być metotreksat ze względu na udowodniony korzystny wpływ na skórę. W przypadku braku odpowiedzi rekomendowane są leki biologiczne, tj. inhibitory TNF- $\alpha$  i nowsze o innym mechanizmie działania, blokujące IL-12/23 i IL-17 lub apremilast. Leczenie zmian paznokciowych stanowi natomiast poważne wyzwanie. Lekami o udokumentowanej najwyższej skuteczności są leki biologiczne, szczególnie inhibitory TNF, i powinny być zalecane pacjentom ze zmianami umiarkowanymi do ciężkich. Jako alternatywne traktowane są leki biologiczne o innym mechanizmie działania (inhibitory IL-12/23 i IL-17). Terapia miejscowa ma znaczenie wspomagające i ułatwiające pielęgnację. Celem optymalizacji leczenia niezbędna jest ścisła współpraca między reumatologiem i dermatologiem.

---

## Łuszczycowe zapalenie stawów – spojrzenie reumatologa

Brygida Kwiatkowska

Klinika Wczesnego Zapalenia Stawów, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie

Brak streszczenia.

---

## Wyzwania w kontakcie z pacjentem chorym na łuszczycę

Zbigniew Kowalski

Komunikacja z Pacjentem.pl; Polskie Towarzystwo  
Komunikacji Medycznej

Terapia chorób przewlekłych, takich jak łuszczycę, niesie ze sobą szereg wyzwań dla lekarza praktyka. Wielu pacjentów nie stosuje się do zaleceń terapeutycznych lub stosuje się w stopniu uniemożliwiającym osiągnięcie efektu. Jeśli dotychczas wykorzystywana terapia nie jest wystarczająco efektywna, lekarz wdraża zmianę, a ta zwykle rodzi różne formy oporu. Wielu pacjentów na własną rękę poszukuje informacji o chorobie i leczeniu w Internecie, bez sprawdzania źródeł i ich wiarygodności. Taka niesprawdzona wiedza utrudnia nawiązanie porozumienia, a często wymaga zdolności wywierania wpływu. Innymi źródłami oporu są przyzwyczajenia i nawyki, subiektywne postrzeganie wartości leczenia przez pryzmat ceny leku i wiele innych. Jak sobie radzić z oporem, skutecznie przekonywać do wybranych przez siebie opcji leczenia i wpływać na pacjenta oraz motywować do przestrzegania zaleceń?

---

## Wartość dodana w terapii łuszczycy

Aleksandra Dańczak-Pazdrowska

Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny  
w Poznaniu

Podjęcie decyzji terapeutycznej w przypadku chorego na łuszczycę w dużej mierze podyktowane jest stopniem nasilenia i rozległości zmian skórnych. Dla większości chorych leczeniem z wyboru jest terapia miejscowa, pozostali wymagają wdrożenia fototerapii i/lub leczenia ogólnego. Istotne jest jednak, aby także tej drugiej grupie chorych zaproponować racjonalnie dobraną terapię miejscową. Jak się bowiem okazuje połączenie leczenia ogólnego z miejscowym ma niebagatelny wpływ na przebieg terapii i w istotny sposób zwiększa jej ostateczną skuteczność, a tym samym satysfakcję pacjenta.

## Leki jako czynnik prowokujący łuszczycę – jak ocenić związek przyczynowy?

Drugs as a provoking factor of psoriasis – how to assess the causal link?

Anna Lis-Święty

Katedra i Klinika Dermatologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

**Introduction.** Psoriasis is an immune-mediated disease involving genetic and environmental factors whose interaction might influence disease risk.

**Objective.** To review the role of exposure to certain drugs in induction or exacerbation of psoriasis.

**Results.** It is assumed that drugs highly probable in triggering psoriasis include:  $\beta$ -blockers, lithium, synthetic antimalarials, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, angiotensin-converting enzyme inhibitors, interferons, tetracyclines. Recent reports indicate new associations for monoclonal antibody- and small-molecule-based targeted therapies used for oncological and immunological indications. Cessation of the offending drug stops the further progression of the disease (drug-induced psoriasis), that usually occurs in patients with no family or previous history of psoriasis. However, in some cases the drug-aggravated psoriasis skin lesions may persist after treatment withdrawal. Patients can have exacerbation of pre-existing psoriatic lesions or develop new lesions in previously uninvolved skin. Identifying medication-related events can be challenging. The latency period between start of the medication and induction or exacerbations of psoriasis can be significantly long for some drugs. Assessment of the adverse drug reaction probability score might be very helpful to obtain a better classification of drug-induced psoriasis.

**Conclusions.** Because of the wide range of comorbid conditions associated with psoriasis, it is of special interest to assess the causal link between medications and symptom exacerbation in disease. The offending drug should be discontinued when possible. Treatment options for drug-related psoriasis follows the conventional treatment guidelines.

## Choroby skóry imitujące łuszczycę w obrazie klinicznym

Joanna Maj

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Ustalenie rozpoznania łuszczycy zwyczajnej zwykle nie stwarza dużych problemów, pod warunkiem jej klasycznego przebiegu i charakterystycznej lokalizacji oraz wywiadu dotyczącego przeszłości chorobowej. Zdarzają się jednak dermatozy, których obraz kliniczny przypomina łuszczycę, a w rzeczywistości w procesie diagnostycznym rozpoznawana jest inna choroba. Pewne trudności diagnostyczne na ogół dotyczą pierwszej manifestacji choroby skóry. Stosunkowo często diagnoza łuszczycy stawiana jest w łupieżu różowym Giberta, łojotokowym zapaleniu skóry, grzybicy skóry gładkiej i paznokci (gdzie obie choroby mogą współistnieć), podostrym toczniu rumieniowatym (jego odmianie łuszczycopodobnej), *pityriasis lichenoides chronica*, wyprysku dłoni i stóp, ziarniniaku grzybiastym, gruźlicy toczniowej, osutki grudkowej w przebiegu kiły II okresu, osutkach polekowych czy świerzbie norweskim. Szczególne trudności diagnostyczne stwarza także erytrodermia łuszczycowa, którą należy różnicować z m.in. niepożądaną reakcją na leki, atopowym zapaleniem skóry, *pityriasis rubra pilaris*, zespołem Sézary'ego. W trakcie wykładu zostaną omówione i przedstawione obrazy kliniczne dermatoz przypominających łuszczycę oraz ich różnicowanie.

## Choroby skóry imitujące łuszczycę w obrazie histologicznym

Zdzisław Woźniak

Katedra i Zakład Patomorfologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Choroby skóry imitujące łuszczycę stanowią dosyć często wyzwanie diagnostyczne zarówno dla dermatologów, jak i patomorfologów. Jednak w większości przypadków korelacja obrazu klinicznego z obrazem histopatologicznym pozwala na ustalenie prawidłowego rozpoznania. Łuszczycopodobny obraz (*psoriasisiform pattern*) w badaniu histopatologicznym jest zdefiniowany głównie jako hiperplazja naskórka, niekiedy w kombinacji z towarzyszącą reakcją lichenoidalną i/lub spongiozą. Najbardziej istotne cechy, na które zwracamy uwagę w obrazie histopatologicznym, to zmiany w warstwie rogowej (często nadmier-

ne i nieprawidłowe rogowacenie naskórka o typie parakeratozy), zmiany w warstwie ziarnistej (często ścieńczenie lub jej zanik), wygląd brodawek skórnych i wpukleń międzybrodawkowych (często wydłużenie obu tych struktur), wygląd struktur naczyńniowych, skład i dystrybucja nacieku zapalnego w skórze właściwej i w naskórku. Bardzo wiele jednostek chorobowych w obrazie mikroskopowym może mieć obraz łuszczycopodobny, m.in. przyłuszczycyca, liszaj przewlekły, wyprysk kontaktowy, łojotokowe zapalenie skóry, zespół Reitera, łupież czerwony mieszkowy, erythrodermia, świerz, ILVEN, niektóre postaci rybiej łuski, zakażenia grzybicze, drugorzędowa kiła, w przebiegu HIV/AIDS. Reakcje łuszczycopodobne w obrazie mikroskopowym można też zaobserwować w przebiegu zmian o charakterze nowotworowym łagodnym, takich jak nabłoniak naskórkowy jasnokomórkowy Degosa, *dermatofibroma*, czy też w rozrostach nowotworowych złośliwych, takich jak choroba Bowena, ziarniniak grzybiasty.

## Trudności w rozpoznawaniu łuszczycy wieku dziecięcego – diagnostyka różnicowa

Monika Kapińska-Mrowiecka

Oddział Dermatologii, Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie

Łuszczyca wieku dziecięcego różni się od łuszczycy dorosłych obrazem klinicznym, który zmienia się wraz z dorastaniem dziecka, przebiegiem oraz stosowanymi metodami leczenia. Dziewczynki chorują dwa razy częściej. U małych dzieci łuszczyca sprawia trudności diagnostyczne, szczególnie w wyłączonej lokalizacji w okolicy pieluszkowej i na skórze owłosionej głowy. W wieku noworodkowym i niemowlęcym (częstość około 2%) zmiany zlokalizowane w okolicy genitalnej wymagają różnicowania z atopowym zapaleniem skóry, łojotokowym zapaleniem skóry, wyprzerniem drożdżakowym i pieluszkowym zapaleniem skóry. Zachorowania do 10. roku życia stanowią około 10% przypadków i są to najczęściej postaci wysiewne łuszczycy prowokowane zakażeniami bakteryjnymi (angina paciorkowcowa) lub wirusowymi (ospa, różyczka, półpasiec, grypa). W wieku szkolnym konieczne jest różnicowanie z atopowym zapaleniem skóry, wypryskiem pieniążkowatym, łupieżem czerwonym mieszkowym Devergie, a postaci zlokalizowane – z zaburzeniami rogowacenia. Wczesne wystąpienie łuszczycy u dzieci stanowi zły objaw prognostyczny, ponieważ może poprzedzać ciężki nawrotowy przebieg choroby lub wystąpienie cięż-

kich postaci, takich jak łuszczyca krostkowa, stawowa lub erythrodermiczna. Rozpoznanie trudnych przypadków powinno zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Istotne znaczenie ma szczegółowy wywiad osobniczy dotyczący okoliczności wystąpienia i przebiegu choroby, a także wywiad rodzinny. Zaprezentowano typowe przypadki łuszczycy dziecięcej, a także chorych, u których wystąpiły trudności w rozpoznawaniu choroby, z przeprowadzoną diagnostyką różnicową.

## Łuszczyca wieku dziecięcego – diagnostyka i leczenie

Aldona Pietrzak<sup>1</sup>, Dorota Piekarska-Mysłińska<sup>1</sup>, Wojciech Mysłiński<sup>1</sup>, Daniel Pietrzak<sup>1</sup>, Magdalena Borysowicz<sup>2</sup>, Mateusz Socha<sup>3</sup>, Dorota Krasowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup>Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu

<sup>3</sup>Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, 1. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Lublinie

Szacuje się, że zapadalność na łuszczycę wynosi od 0,7% do 2,1% i stanowi około 4% wszystkich chorób skóry rozpoznawanych do 16. roku życia. Obserwuje się tendencję wzrostową zachorowalności na łuszczycę także wśród dzieci. Czynniki predysponującymi do pojawienia się wykwitów są czynniki genetyczne, stres, infekcje, w tym robaczyce oraz otyłość. Obraz kliniczny u dzieci nie różni się istotnie od obrazu klinicznego u dorosłych, jednak odmienności wynikają z innej budowy naskórka, tj. słabego wykształcenia warstwy ziarnistej oraz cienkiej warstwy rogowej. Naskórek i skóra właściwa u dzieci są bardzo uwodnione, co predysponuje do obrzęku w przebiegu choroby. Zmiany łuszczycowe u małych dzieci mogą być sączące, mają formę plam rumieniowo-obrzękowych, na ogół występuje świąd. U dzieci obserwujemy inną morfologię wykwitów oraz ich lokalizację – często występują u nich zmiany na skórze twarzy. Łuszczyca plackowata jest najczęstszą postacią łuszczycy, postać kropelkowata występuje rzadziej. Łuszczyca krostkowa oraz postać erythrodermiczna, w przeciwieństwie do dorosłych, rzadko występują u dzieci. Nietypową, chociaż charakterystyczną dla wieku dziecięcego, jest łuszczyca linijna. U niemowląt stwierdza się często łuszczycowe pieluszkowe zapalenie skóry. Łuszczycę rozpoznaje się na podstawie obrazu klinicznego (w przypadkach o niejednoznacznym przebiegu i obrazie wykorzystuje się badanie dermatoskopowe i histopatologiczne). Łuszczyca u dzieci może ogra-



niczać aktywność fizyczną, co z kolei przyczynia się do otyłości i cięższego przebiegu choroby. Występują również liczne choroby współistniejące. W łuszczycy u dzieci wykorzystuje się wszystkie schematy leczenia, zarówno miejscowego, jak i systemowego, po właściwym oszacowaniu potencjalnej skuteczności oraz bezpieczeństwa pacjenta. Terapia powinna być planowana indywidualnie. Należy pamiętać, że leki stosowane miejscowo u dzieci lepiej wchłaniają się przez skórę w porównaniu z pacjentami dorosłymi. Niezbędne jest monitorowanie przebiegu leczenia, co może przyczynić się do ograniczenia powikłań.

## The clinical manifestations of psoriatic arthritis – role of rheumatologist in the early diagnosis

Piotr Dąbrowski<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Rheumatology, Clinical Provincial Hospital No. 2, Rzeszów, Poland

<sup>2</sup>Faculty of Medicine, University of Rzeszów, Poland

Psoriatic arthritis (PsA) is a specific form of inflammatory arthritis associated with psoriasis, classified as a group of seronegative spondyloarthropathies. Psoriatic arthritis occurs in 7–42% (mean 25) patients with psoriasis. In the majority cases the disease is revealed after many years of the beginning of psoriasis, but in a part (10–15%) it appears simultaneously or precedes the occurrence of skin lesions. Some locations of skin lesions increase the risk of getting sick. It concerns the occipital area, moreover buttocks and nail. The genetic factors play a significant role in the etiopathogenesis of PsA and often determines the clinical course. The characteristic symptoms of PsA are tendinitis and dactylitis. In 1973, Moll and Wright identified 5 subtypes of the disease. The most common is asymmetric, oligoarticular form, the next are: rheumatoid arthritis resembling, limited to distal interphalangeal joints, axial and mutilating. The diagnosis is made on the basis of the most popular CASPAR criteria, even without psoriatic sign. The results of many studies showed, that delay in diagnosis above 6 months is associated with a higher risk of bone erosion and joint deformance (a mutilating form) and a lower remission-rate. To avoid this, there is a place for a rheumatologist consultation in the early diagnostic process. According to the EULAR recommendations, classical disease-modifying immunosuppressant drugs such as methotrexate, leflunomide, sulfasalazine and cyclosporine are used in the treatment of

PsA. In the case of ineffectiveness, biological drugs are used, including TNF- $\alpha$  inhibitors (i), IL-2/23i, IL-17i or PDE4i (phosphodiesterase-4).

## Analysis of Breg cells subpopulations in psoriatic patients

Joanna Bartosińska<sup>1</sup>, Joanna Purkot<sup>2</sup>,  
Ewelina Zakrzewska<sup>2</sup>, Dorota Raczkiwicz<sup>3</sup>,  
Dorota Krasowska<sup>1</sup>, Grażyna Chodorowska<sup>1</sup>,  
Krzysztof Giannopoulos<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup>Zakład Hematoonkologii Doświadczalnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>3</sup>Instytut Statystyki i Demografii, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

<sup>4</sup>Zakład Hematoonkologii Doświadczalnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>5</sup>Oddział Hematologiczny, Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie

**Introduction.** Regulatory B cells (Bregs) can control the systemic inflammatory responses via the production of IL-10, one of the most important tolerance-inducing cytokine. Psoriasis is a chronic, systemic T cell mediated autoinflammatory disease in which the immune tolerance is compromised leading to autoimmunity. The role of Bregs, capable of inhibiting Th1 and Th17 cells, in psoriasis pathogenesis remains unclear.

**Objective.** The aim of the study was analysis of Breg cells subsets in peripheral blood from patients with psoriasis

**Material and methods.** The study included 42 psoriatic patients and 29 healthy volunteers (HVs). Peripheral blood mononuclear cells were isolated from all the patients and HVs. Using flow cytometry the frequencies of blood Breg cells subsets, such as CD19+CD24hiCD38hi, CD19+CD24intCD38int, CD19+CD24-CD38hi, CD19+CD24hiCD38- and CD19+CD24-CD38- were determined.

**Results.** The percentage of total CD19+ cells was not significantly different in psoriatic patients compared with HVs (median, 9.4%; range: 2.4–41.0% vs. median, 12.7%; range: 2.1–39.3%;  $p > 0.05$ ). The frequency of CD19+CD24hiCD38hi (Breg) was significantly lower in patients with psoriasis than in HVs ( $p = 0.001$ ). No significant correlations were found between the percentages of Bregs subsets and psoriasis duration and severity.

**Conclusions.** The study indicated that disturbances in Bregs subsets may play a role in psoriasis pathogenesis.

## Generalized pustular psoriasis – therapeutic difficulties

Ewa Teresiak-Mikołajczak, Katarzyna Feliksik-Skrobich, Agnieszka Osmola-Mańkowska, Zygmunt Adamski

Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Psoriasis is one of the most common skin diseases. Skin lesions that often occur in visible, stigmatizing places cause that psoriasis is a significant social problem. In milder forms of psoriasis, local treatment is used, for more severe patients general treatment and biological treatment. The presented two cases of patients relate to therapeutic difficulties in the treatment of generalized pustular psoriasis with coexisting psoriatic arthritis.

According to the existing drug programs, generalized pustular psoriasis is not covered by any biological treatment reimbursed by the NFZ. In the case of the described patients, therapy for the coexistence of psoriatic arthritis was used. Patients were qualified for the TNF- $\alpha$  inhibitor treatment program due to joint problems. The applied therapy allowed to improve the dermatological state and also to reduce the severity of joint ailments.

---

## Gruźlica skóry

Justyna Szczęch

Zakład i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Rzeszowski  
w Rzeszowie

**Wprowadzenie.** Gruźlica wywoływana przez prątek gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) do dziś jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów powodowanych przez czynniki infekcyjne na świecie. Według raportu WHO z 2015 r. w Europie zostało zanotowanych ponad 300 tysięcy nowych przypadków gruźlicy oraz 32 tysiące zgonów spowodowanych tą chorobą, z których większość miała miejsce w centralnej i wschodniej Europie. Zapadalność na gruźlicę w Polsce wynosi 16,7 przypadku na 100 tysięcy ludności. Największą zapadalność stwierdza się w województwach mazowieckim i śląskim. Gruźlica skóry jest rzadkim schorzeniem odpowiadającym jedynie za ok. 1,0–1,5% wszystkich pozapłucnych manifestacji gruźlicy.

**Opis przypadku.** Przedstawiono przypadek 63-letniej kobiety, u której pierwsze zmiany skórne, początkowo w postaci drobnego owrzodzenia kąta żuchwy, pojawiły się ok. 1,5 roku przed hospitalizacją w Klinice Dermatologii w Rzeszowie. Z czasem pacjentka obserwowała progresję zmian skórnych, nie poddała się jednak pełnej diagnostyce ani leczeniu. W dniu przyjęcia do Kliniki Dermatologii obserwowano rozległe podłużne owrzodzenie rozciągające się od połowy długości gałęzi żuchwy aż do kąta żuchwy i obejmujące płatek ucha. Owrzodzenie było otoczone zapalnym wałem z obecnością treści włóknikowo-ropnej. Z uwagi na wcześniej stawiane podejrzenie gruźlicy węzłowej zdecydowano o pobraniu biopsji skóry w celu wykonania badania histologicznego i hodowli w kierunku obecności prątków. Wykonano ponadto próbę tuberkulinową, której wynik był dodatni. W badaniu histologicznym stwierdzono liczne ziarniniaki nabłonkowatokomórkowe i komórki olbrzymie wielojądrowe. Ustalenie ostatecznego rozpoznania gruźlicy skóry było możliwe po uzyskaniu dodatniego wyniku hodowli w kierunku prątków materiału ze zmiany skórnej. W leczeniu zastosowano klasyczny, 4-lekowy schemat leczenia gruźlicy.

**Wnioski.** Mimo że gruźlica skóry jest bardzo rzadką przyczyną owrzodzeń skóry, należy wziąć ją pod uwagę jako jeden z możliwych czynników etiologicznych niegojących się zmian skórnych, nawet u osób immunokompetentnych.

## Cutaneous collagenous vasculopathy

Justyna Szczęch, Marcelina Pojawa-Gołąb,  
Dominik Samotij

Zakład i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Rzeszowski  
w Rzeszowie

**Wprowadzenie.** Skórna kolagenowa waskulopatia (*cutaneous collagenous vasculopathy* – CCV) jest rzadką, postępującą mikroangiopatią o nieznanej etiologii, po raz pierwszy opisaną przez Salame i Rosenthala w 2000 roku. Charakteryzuje się występowaniem uogólnionych teleangiektazji, które pojawiają się w średnim wieku, nieznacznie częściej u kobiet. Zmiany skórne początkowo dotyczą kończyn dolnych, symetrycznie zajmując następnie kończyny górne i tułów, rzadko okolice twarzy oraz szyi. Typowo nie stwierdza się nieprawidłowości dotyczących błon śluzowych i paznokci. Badanie histologiczne i immunohistochemiczne bioptatu zmienionej skóry uwidaczniają poszerzenie powierzchownych naczyń skóry i pogrubienie ich ścian, w których widoczne są PAS-dodatnie złogi zawierające kolagen typu IV.

W diagnostyce różnicowej CCV należy uwzględnić przede wszystkim samoistną uogólnioną teleangiektazję (*generalized essential telangiectasia* – GET). Ze względu na niemal identyczny obraz kliniczny CCV i GET odróżnienie tych dwóch jednostek chorobowych możliwe jest jedynie na podstawie wyniku badania histologicznego.

**Cel pracy.** Przedstawienie i omówienie dwóch przypadków CCV diagnozowanych w ośrodku autorów.

**Opis przypadku.** Przedstawiono przypadek 33-letniej kobiety oraz 66-letniego mężczyzny, u których zmiany skórne miały obraz idiopatycznych, uogólnionych teleangiektazji symetrycznie zajmujących kończyny dolne i górne oraz częściowo tułów. Rozpoznanie CCV ustalono na podstawie obrazu klinicznego i badania histologicznego.

**Wnioski.** Powyższe przypadki przedstawiamy ze względu na stosunkowo niewielką liczbę doniesień literaturowych dotyczących tej jednostki chorobowej, a także w celu podkreślenia istotnego znaczenia oceny histopatologicznej w diagnostyce uogólnionych teleangiektazji.

## Neutrophilic figurate erythema

Ewelina Dudziak, Dominik Samotij, Adam Reich

Klinika Dermatologii, Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie

*Neutrophilic figurate erythema* (NFE) jest rzadko opisywaną jednostką chorobową. Obraz kliniczny przypomina *erythema annulare centrifugum*, jednak w obrazie histologicznym przeważa naciek neutrofilowy, bez cech zapalenia naczyń.

Mężczyzna 86-letni został przyjęty do Kliniki Dermatologii z powodu rozległych, poszerzających się obwodowo zmian skórnych, które pojawiły się około 2 tygodni wcześniej w okolicy pośladków i stopniowo poszerzały się obwodowo. W badaniu przedmiotowym stwierdzono pierścieniowe ognisko rumieniowe zlokalizowane na plecach, przechodzące na brzuch i uda z tendencją do ustępowania w części centralnej. Zmianom skórnym towarzyszyło złe samopoczucie i gorączka do 39°C. W badaniach laboratoryjnych obserwowano przyspieszone OB (103 mm/h), wysokie stężenie CRP (17,7 mg/dl), leukocytozę ( $11\,290 \times 10^3/\mu\text{l}$ ) z neutrofilią (78,7%) oraz podwyższone stężenie  $\beta_2$ -mikroglobuliny (5,0 mg/l). Ponadto stwierdzono obecność przeciwciał przeciw *Borelia burgdorferi* w klasie IgG przy nieobecności przeciwciał w klasie IgM. W badaniu histologicznym wy-cinka skórnego wykazano obrzęk skóry właściwej oraz okołonaczyniowe nacieki zapalne złożone w przewodzie z granulocytów obojętnochłonnych oraz nielicznych limfocytów i histiocytów. Wstępnie ustalono rozpoznanie rumienia wędrującego, rozpoczęto stosowanie doksycykliny w dawce 200 mg/dobę – mimo leczenia stan chorego sukcesywnie się pogorszał. Po uzyskaniu wyniku badania histologicznego rozpoznano *neutrophilic figurate erythema* i do leczenia włączono hydrokortyzon w dawce 400 mg/dobę, z następczą terapią prednizonem w dawce 20 mg/dobę. Zastosowane leczenie spowodowało całkowite ustąpienie zmian skórnych i normalizację parametrów zapalnych.

## Acrodermatitis enteropathica

Agnieszka Bożek

Klinika Dermatologii, Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 w Rzeszowie

*Acrodermatitis enteropathica* jest rzadkim, dziedziczonym autosomalnie recesywnie schorzeniem związanym z mutacją genu *SLC39A4*, który koduje białko

odpowiedzialne za wchłanianie cynku z przewodu pokarmowego. Choroba ta manifestuje się objawami skórnymi i zaburzeniami żołądkowo-jelitowymi o ciężkim przebiegu. Charakterystyczne dla *acrodermatitis enteropathica* są wykwyty rumieniowe lub rumieniowo-wysiękowe zlokalizowane wokół otworów naturalnych i na dystalnych częściach kończyn, a także łysienie oraz zmiany dystroficzne paznokci. Leczenie polega na stałej suplementacji cynkiem, która zwykle pozwala na kontrolę objawów choroby. Przedstawiono przypadek 33-letniej pacjentki z rozpoznaniem we wczesnym dzieciństwie *acrodermatitis enteropathica* ze współistniejącym izolowanym niedoborem immunoglobulin IgG2 i IgG4. U opisanej chorej obserwowano nasilenie zmian skórnych pomimo stałej doustnej suplementacji cynkiem.

## Liszaj płaski nadżerkowy

Edyta Sawińska-Wysocka

Klinika Dermatologii, Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 w Rzeszowie

**Wprowadzenie.** Liszaj płaski (LP) nadżerkowy podeszew stóp (*erosive plantar lichen planus*) jest rzadko występującą odmianą LP o agresywnym przebiegu klinicznym. Od czasu pierwszej charakterystyki tego szczególnego wariantu LP przez Friedmana w 1921 roku opisano jedynie pojedyncze przypadki jego występowania. Schorzenie to zazwyczaj rozpoznawane jest u osób dorosłych, częściej u kobiet. W przypadkach izolowanego zajęcia podeszew stóp rozpoznanie choroby może sprawiać trudności. Najczęściej jednak obserwuje się współwystępowanie LP nadżerkowego błon śluzowych czy też innych typowych dla LP objawów, takich jak łysienie bliznowaciejące lub zmiany paznokciowe. Liszaj płaski nadżerkowy podeszew stóp jest schorzeniem trudno poddającym się leczeniu. Miejscowe i ogólnoustrojowe glikokortykosteroidy, retinoidy, chlorochina, dapson, azatiopryna, cyklosporyna A czy talidomid zazwyczaj nie pozwalają na uzyskanie długotrwałej remisji. W większości przypadków jedynym postępowaniem gwarantującym dobry efekt terapeutyczny jest chirurgiczne usunięcie zmian z następczym położeniem przeszczepów skóry.

**Cel pracy.** Przedstawienie i omówienie przypadku LP nadżerkowego podeszew stóp skutecznie leczonego w ośrodku autorów.

**Opis przypadku.** Przedstawiono przypadek 49-letniej kobiety, u której pierwsze zmiany skórne typowe dla LP pojawiły się około 15 lat wcześniej. Po kilku latach trwania choroby dołączyły się rozle-

głe nadżerki błony śluzowej jamy ustnej i podeszew stóp. Zmiany skórne zlokalizowane na stopach początkowo objawiały się jako rumieniowe blaszki i pęcherze z następczym tworzeniem się rozległych nadżerek niemal całkowicie utrudniających chodzenie. Z czasem doszło ponadto do całkowitej onycholizy w obrębie palców stóp, rozległego bliznowacenia podeszew stóp i częściowej syndaktylii. U pacjentki podejmowano próby leczenia metotreksatem w dawce 15 mg/tydzień, chlorochiną w dawce 250 mg/dobę, cyklosporyną A w dawce 3 mg/kg m.c./dobę, a następnie metyloprednizolonem doustnie w dawce odpowiadającej 0,8 mg/kg m.c./dobę prednizonu bez uzyskania zadowalającej poprawy. Podjęto u pacjentki próbę terapii dużymi dawkami glikokortykosteroidów w postaci pulsów dożylnych metyloprednizolonu. Podano chorej 2 pulsy dożylnie leku w odstępie 4 tygodni (pierwszy puls – 0,5 g leku/dobę przez 3 kolejne dni, drugi puls 0,5 g leku/dobę przez 2 kolejne dni). Dodatkowo prowadzono leczenie chlorochiną w dawce 250 mg/dobę. Uzyskano znaczne zmniejszenie nasilenia zmian chorobowych, redukcję nasilenia objawów podmiotowych i poprawę sprawności chorej.

**Wnioski.** Pomimo wielu możliwych do zastosowania opcji terapeutycznych LP nadżerkowy podeszew stóp nadal uważany jest za schorzenie trudne w leczeniu. U opisanej chorej zastosowanie dużych dawek glikokortykosteroidów w formie pulsów dożylnych w skojarzeniu z chlorochiną pozwoliło na uzyskanie bardzo wyraźnej poprawy. Dalsza obserwacja chorej jest jednak konieczna w celu oceny długotrwałej korzyści zastosowanej terapii.

narządów i układów, m.in. ośrodkowego układu nerwowego, układu sercowo-naczyniowego czy przewodu pokarmowego.

**Opis przypadku.** Przedstawiono przypadek 81-letniego mężczyzny z liszajem śluzowatym rozpoznany na podstawie typowego obrazu klinicznego oraz wyniku badania histologicznego. Pacjent był obciążony licznymi schorzeniami, takimi jak stan po zawale mięśnia sercowego, utrwalone migotanie przedsionków, nadciśnienie tętnicze, łagodny przerost gruczołu krokowego, stan po leczeniu boreliozy. Wykonane badania dodatkowe, w tym badania laboratoryjne, zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej, elektrokardiogram, badanie echokardiograficzne oraz badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej, nie wykazały istotnych nieprawidłowości. U prezentowanego pacjenta nie stwierdzono również współistnienia gammapatii monoklonalnej. W leczeniu zastosowano naświetlania PUVA skojarzone z miejscowymi glikokortykosteroidami, co pozwoliło na redukcję nasilenia i spłaszczenie zmian grudkowych oraz zwiększenie elastyczności zajętych chorobą obszarów skóry.

**Wnioski.** Przedstawiona jednostka chorobowa niezmiernie stanowi duże wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne. Bardzo istotne jest odróżnienie omówionego schorzenia od zlokalizowanych postaci liszaja śluzowatego. Duże znaczenie ma identyfikacja i leczenie chorób towarzyszących, które mogą dodatkowo pogarszać rokowanie. Prowadzona u opisywanego chorego terapia pozwoliła na uzyskanie poprawy klinicznej, jednak wymagana jest dalsza obserwacja pacjenta w celu ustalenia jej długoterminowej skuteczności.

## Liszaj śluzowaty

Klaudia Tutka, Dominik Samotij, Adam Reich

Klinika Dermatologii, Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 w Rzeszowie

**Wprowadzenie.** Liszaj śluzowaty (*lichenmyxedematosus*) jest rzadko występującą pierwotnie skórą mucynozą o nieznannej etiologii. Cechą charakterystyczną choroby jest występowanie uogólnionych liszajowatych grudek o typowej dystrybucji powodujących pogrubienie i stwardnienie skóry. Charakterystycznymi cechami histologicznymi omawianego schorzenia jest odkładanie się złogów mucyn i rozplem fibroblastów w skórze. Schorzenie często współistnieje z gammapatią monoklonalną, szpiczakiem mnogim lub makroglobulinemią Waldenströma i ma niekorzystne rokowanie. W przebiegu choroby obserwuje się zajęcie innych, poza skórą,

## Xantogranuloma necrobioticum

Agnieszka Bożek

Klinika Dermatologii, Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 w Rzeszowie

*Xantogranuloma necrobioticum* to niezmiernie rzadko występujące, przewlekłe schorzenie ziarniniakowe o nieznannej etiologii, któremu prawie zawsze towarzyszy gammapatia monoklonalna, rzadziej inne nowotwory hematologiczne. Charakterystyczne objawy choroby to czerwonożółte, naciekowe blaszki zlokalizowane typowo w okolicy oczodołowej, a także pozostałej części twarzy, szyi oraz górnej części tułowia. Zaawansowane zmiany mogą ulegać zanikowi i owrzodzeniu, a także zajmować tkankę podskórną, co powoduje znaczną destrukcję tkanek twarzy. W obrazie histologicznym występuje masywna nekrobioza, liczne wielojądrzaste komórki

olbrzymie i nagromadzenie limfocytów. Ze względu na słabo poznaną etiopatogenezę schorzenia nie istnieją jednoznaczne wytyczne dotyczące leczenia. Przedstawiono przypadek 51-letniej kobiety z *xantho-granuloma necrobiioticum* rozpoznanym na podstawie obrazu klinicznego i badania histologicznego. Zmianom skórnyom towarzyszyła gammapatia monoklonalna IgG  $\lambda$ . W terapii stosowano chlorambucyl, dożylne pulsy immunoglobulin, glikokortykosteroidy ogólnie i doogniskowo oraz cyklofosfamid, obserwując jednak stopniową progresję zmian skórnych. Z uwagi na nieskuteczność powyższych metod leczenia u chorej planowana jest terapia talidomidem.

---

## Wytyczne dotyczące leczenia łuszczycy Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego 2018

Adam Reich

Zakład i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Rzeszowski  
w Rzeszowie

Łuszczycza jest przewlekłą zapalną chorobą skóry dotyczącą około 1–3% populacji ogólnej. Ostatnie lata przyczyniły się do znacznego postępu w leczeniu tej dermatozy, zwłaszcza w zakresie leczenia pacjentów z łuszczycą o umiarkowanym i dużym nasileniu. Coraz liczniejsze i powszechniej dostępne opcje leczenia ogólnego stawiają nowe wyzwania przed lekarzami sprawującymi opiekę nad chorymi na łuszczycę. Ze względu na nowe leki, które pojawiły się na rynku farmaceutycznym od czasu opublikowania poprzednich zaleceń dotyczących leczenia łuszczycy, zaistniała potrzeba uaktualnienia dotychczas obowiązujących wytycznych. W wytycznych omówiono zasady leczenia zarówno łuszczycy łagodnej, jak i łuszczycy umiarkowanej do ciężkiej. Mamy nadzieję, że przedstawione nowe zalecenia będą pomocnymi wskazówkami dla lekarzy w trakcie codziennej pracy klinicznej, jednak każde rekomendacje cechują się pewną ogólnikowością i decyzja odnośnie do postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u danego chorego musi być każdorazowo podjęta indywidualnie z uwzględnieniem aktualnego stanu klinicznego, a także na podstawie bieżących doniesień naukowych.

---