

with AITL present with constitutional symptoms, and in 50% with a rash: papules, nodules, ulcers, petechiae, and less often - erythroderma. Lymphadenopathy and hepatosplenomegaly are typically present on examination. Pleural effusions, ascites, neurological signs and gastrointestinal symptoms are less common [2].

The study **aims** to evaluate the clinical, diagnostic, and treatment particularities in a case of AITL.

Presentation of the case

We present a prospective case involving a 66-year-old woman with angioimmunoblastic T-cell lymphoma involving the skin and peripheral lymph nodes. She had a 7-year history of the disease, its onset being with alopecia and erythematous, pruritic skin lesions. Being established the diagnosis of allergic dermatitis, she administered systemic and topical treatment with corticosteroids, without a positive therapeutic effect. It is important to note that during 10 years she was exposed to toxic substances at work. Concomitant diseases - hypertension, autoimmune thyroiditis. The clinical examination revealed generalized alopecia, erythematous plaques with a tendency towards erythroderma, covered with fine, furfuraceous scales, milia and cysts on the face, ear lobes and trunk, as well as poikiloderma, palmoplantar keratoderma. Also, a generalized lymphadenopathy was detected with mobile lymph nodes, painless, hard on palpation, with a diameter of approx. 2 cm. Para-clinical tests showed thrombocytosis and low ESR. The histopathological examination of the lymph nodes revealed lymphoid proliferation consisting of monomorphic cells, with moderate atypia, predominantly around the microvascular bed, and in the skin - discrete subepithelial lymphocytic inflammatory infiltrate. Immunohistochemistry (IHC) showed: positive pan-lymphocytic reaction for CD43, CD45, positive nuclear reaction in lymphoid cells for BCL2 and Ki67, positive membrane reaction in B lymphocytes for CD20, CD19 and in stellate cells of the lymphoid follicles, positive reaction in T lymphocytes for CD5. The chemotherapeutic treatment according to the CHOP scheme (cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisolone), administered in 3 courses, led to the partial involution of the erythematous-scaly lesions and palmoplantar keratoderma, as well as to the decrease in the size of the lymph nodes. On alopecia, however, it had an insignificant effect.

Conclusions

We note that in the described case, AITL mimicked initially an allergic dermatitis, which delayed the establishment of a correct diagnosis and the initiation of specific treatment. We believe that the professional activity in an environment with toxic substances had an important impact in triggering this pathology. The histopathological and IHC tests were decisive in establishing the diagnosis. The initiated chemotherapeutic treatment according to the CHOP scheme determined a partial involution of both skin lesions and lymphadenopathy, but for alopecia it had an insignificant effect.

References

1. Shigeru Chiba, Mamiko Sakata-Yanagimoto. Advances in understanding of angioimmunoblastic T-cell lymphoma. In: *Leukemia*. 2020.
2. <https://dermnetnz.org/topics/angioimmunoblastic-t-cell-lymphoma>



MORFEE ÎN PLĂCI ASOCIATĂ CU LICHEN SCLERO-ATROFIC: CAZ CLINIC

Gordilă N., Țăbârnă V., Nedelciuc B., Sturza V., Bețiu M.

Catedra de dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, mun. Chișinău, Republica Moldova

Introducere

Morfeea este o afecțiune a țesutului conjunctiv, cauzată de mecanisme autoimune, caracterizată prin depunere excesivă de collagen, ceea ce duce la indurația organului cutanat. Raportul de incidență între bărbați și femei este de 1:3. Anumite subtipuri HLA (HLA-DRB1*04:04 și HLA-B*37) sunt asociate cu un risc crescut de morfee. Aproximativ 40% dintre pacienții cu forme severe ale bolii au antecedente personale sau familiale de boli autoimune sau reumatologice [1]. Lichenul sclero-atrofic (LSA) este o afecțiune inflamatorie cronică a pielii și mucoaselor, manifestându-se cel mai frecvent la nivelul organelor genitale și doar în 15% din cazuri – într-o formă extragenitală. Această boală poate debuta la orice vârstă, însă este mai frecvent diagnosticată la femeile peste 50 de ani. Stresul oxidativ joacă un rol esențial atât în patogeneza LSA, cât și a morfeei. Deși coexistența morfeei cu lichenul sclero-atrofic este bine cunoscută în literatura de specialitate, în practica medicală această asociere este rar întâlnită [2].

Scopul lucrării

Evaluarea particularităților clinice, diagnostice și a conduitei terapeutice într-un caz de coexistență a morfeei cu lichenul sclero-atrofic.

Prezentarea cazului clinic

Studiul prospectiv vizează o pacientă de 74 de ani diagnosticată cu morfee în plăci asociată cu lichen sclero-atrofic. Maladia a debutat cu 7 ani în urmă, manifestându-se prin multiple leziuni pruriginoase diseminate pe trunchi, membrele superioare și organele genitale. Tratamentele administrate anterior au fost ineficiente, iar procesul patologic cutanat a continuat să avanseze, pruritul devenind foarte intens.

Pacienta are comorbidități precum hipertensiune arterială de gradul II și hepatită cronică virală C. Examenul dermatologic a evidențiat plăci scleroase, cu suprafața strălucitoare, de culoare gălbuie-ceroasă, cu un halou violaceu, bine delimitate, cu contur neregulat, centrate de zone de atrofie. Acestea alternau cu multiple papule poligonale, albicioase, perlate, cu suprafața lucioasă „pergament-like”. De asemenea, pacienta prezenta melanonichie la nivelul degetelor de la mâini și picioare. La nivelul organelor genitale se atestau plăci albe-sidefii, pergamentoase, cu contur bine delimitat, formă neregulată și fisuri.

Investigațiile paraclinice au decelat trombocitopenie, limfocitoză, probe hepatice mult elevate, Ac anti-HCV pozitiv și Ac Anti Borrelia IgG pozitiv. Dermatoscopia a evidențiat fascicule fibrotice albicioase, rețea pigmentară, vase liniare ramificate și lipsa foliculilor piloși – aspecte caracteristice morfeei. De asemenea, s-au observat dopuri foliculare „comedo-like”, telangiectazii dispuse pe un fundal roz-pal, astructurat, omogen – manifestări definitorii pentru LSA.

Tratamentul sistemic cu Metilprednisolon 0,5 mg/kg, vitamina E, pentoxifilină, acid ascorbic, antihistaminice și topic cu dermatocorticosteroizi și gel cu heparină a condus la ameliorarea procesului patologic cutanat, palidizarea chenarului violaceu al leziunilor și diminuarea considerabilă a pruritului.

Concluzii

În cazul prezentat, subliniem coexistența morfeei și lichenului sclero-atrofic – două patologii distincte, dar cu o posibilă conexiune etiologică. Este de remarcat că LSA s-a manifestat atât la nivelul organelor genitale, cât și extragenital. Pattern-urile dermatoscopice au confirmat diagnosticul clinic, evitând necesitatea metodelor invazive. Tratamentul sistemic și topic administrat a condus la ameliorarea manifestărilor cutanate ale ambelor patologii și la remiterea pruritului.

Bibliografie

1. <https://dermnetnz.org/topics/morphoea>
2. Styliani Siskou, Ourania Drongoula. Coexistence of lichen sclerosus et atrophicus and morphea in the same lesion. În: *Cureus*, 2023.



COEXISTENCE OF MORPHEA AND LICHEN SCLEROSUS ET ATROPHICUS: CASE REPORT

Gordila N., Tabarna V., Nedelciuc B., Sturza V., Betiu M.

State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemitanu”, Chisinau municipality, Republic of Moldova.

Introduction

Morphea is an autoimmune disease of the connective tissue, characterized by excessive deposition of collagen, which leads to induration of the skin. It is three times more common in females compared to males. Although it is not an inherited disorder, certain HLA subtypes (HLA-DRB1*04:04 and HLA-B*37) are associated with an increased risk of morphea. Up to 40% of patients with severe forms of morphea have a personal or family history of autoimmune or rheumatologic diseases [1]. Lichen sclerosus et atrophicus (LSA) is a chronic inflammatory condition of the skin and mucous membranes, its most frequent presentation being on the genital regions of the body and in only 15% of cases – extragenital. LSA can start at any age, although it is most often diagnosed in women over 50. The oxidative stress is essential in the pathogenesis of both diseases. Although the coexistence of LSA and morphoea are well established in the literature [2], in medical practice this association is rarely encountered.

Objective of the study

To evaluate the clinical, diagnostic and therapeutic characteristics in a case of morphea associated with lichen sclerosus et atrophicus.

Case presentation

We present a prospective case involving a 74-years-old woman diagnosed with plaque morphea associated with lichen sclerosus et atrophicus. The disease started 7 years ago with multiple itchy lesions, spread on the trunk, upper limbs and genitals. The previously administered treatments were ineffective and the pathological skin process progressed, the itching becoming very intense. Comorbidities - hypertension and hepatitis C. Her family history was unremarkable. Dermatological examination revealed the presence of sclerotic plaques, with a shiny surface, yellowish-waxy in color, with a violet halo, well-demarcated, with an irregular outline, centered by areas of atrophy. It alternated with multiple polygonal, whitish, pearly papules, with a „parchment-like” surface. Also - melanonychia on the fingers and toes. On the genitals - pearly-white, parchment-like plaques, with a well-defined contour, irregular shape, cracks were attested. Paraclinical investigations revealed thrombocytopenia, lymphocytosis, highly elevated liver tests, positive anti-HCV antibody, positive anti-Borrelia IgG antibody. Dermoscopy revealed whitish fibrotic beams, network-like pigment structures, linear branching vessels and the absence of hair follicles – patterns characteristic for morphea, as well as “comedo-like” openings, telangiectasia of different lengths and calibers, arranged on a pale pink, unstructured, homogeneous background – patterns for LSA. Systemic therapy with Methylprednisolone 0,5 mg/kg, vitamin E, pentoxifylline, ascorbic acid, antihistamines, topical dermatocorticosteroids and heparin gel led to the improvement of the pathological skin process with the paleness of the violaceous border of the lesions and the considerable reduction of itching.

Conclusions

In the presented case, we emphasize the coexistence of morphea and LSA - distinct pathologies, but with a possible etiological connection. The presence of LSA lesions on the genitals and extragenital is also particular. Dermoscopic patterns confirmed the clinical diagnosis avoiding invasive methods. The administered systemic and topical treatment induced the improvement of the skin manifestations of both pathologies with the remission of itching.

References

1. <https://dermnetnz.org/topics/morphoea>
2. Styliani Siskou, Ourania Drongoula. Coexistence of lichen sclerosus et atrophicus and morphea in the same lesion. În: *Cureus*, 2023.



MEDICINA REGENERATIVĂ ÎN DERMATOLOGIE. METODE NOI: PRP, EXOSOMI ȘI CELULE STEM. BAZE ȘTIINȚIFICE

Lica E.

Clinica „Doctor Lica”, Republica Moldova, clinica „Aeon” (UAE), specialist dermatolog

Introducere

Pielea este organul care servește ca stratul cel mai exterior de protecție împotriva rănilor, agenților patogeni și pentru menținerea homeostaziei în relație cu factorii externi. Cu toate acestea, pielea poate fi deteriorată de factori precum arsuri, traume, expunere la lumina ultravioletă (UV), radiații infraroșii (IR) și boli autoimune, necesitând ulterior reparare și regenerare. În ultimii ani, au apărut metode promițătoare de medicină regenerativă, precum Platelet-Rich Plasma (PRP), exozomi și celule stem, cu rezultate dovedite științific.

Scopul acestei lucrări este de a rezuma stadiul actual al cercetărilor privind exozomii derivați din celule stem, PRP și celulele stem în dermatologia cosmetică și de a discuta provocările actuale și direcțiile viitoare.