

Трудности дифференциальной диагностики атипичных форм дерматофибромы и меланомы (клинический случай)

Е. Ю. Вертиева, к.м.н., ассистент кафедры кожных и венерических болезней¹

Э. К. Сарибекян, д.м.н., в.н. с.²

О. Ю. Олисова, д.м.н., проф., зав. кафедрой кожных и венерических болезней¹

Т. С. Бересток, хирург-онколог²

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, г. Москва

²ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена» Минздрава России, филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

Difficulties in differential diagnosis of atypical forms of dermatofibroma and melanoma (clinical case)

E. Yu. Vertieva, E. K. Saribekyan, O. Yu. Olisova, T. S. Berestok

First Moscow State Medical University n.a. I. M. Sechenov, Moscow Cancer Research Institute named after P. A. Herzen; Moscow, Russia

Резюме

Дерматофиброма представляет собой доброкачественную, часто встречающуюся мезенхимальную опухоль с крайне низким злокачественным потенциалом. В редких случаях возможна трансформация данного образования в дерматофибросаркому. Дерматофиброма характеризуется широким спектром клинических проявлений благодаря обилию морфологических вариантов. Типичные варианты трудности диагностики обычно не вызывают. Однако атипичные формы дерматофибромы способны клинически и дерматоскопически имитировать под другую агрессивную опухоль — меланому.

Ключевые слова: дерматофиброма, атипичная дерматофиброма, меланома, дерматоскопия, опухоли кожи.

Summary

Dermatofibroma is a benign, often occurring, mesenchymal tumor with extremely low malignant potential. In rare cases, the transformation of this formation into a dermatofibrosarcoma is possible. Dermatofibroma is characterized by a wide range of clinical manifestations due to the abundance of morphological options. Typical variants of diagnostic difficulties usually do not cause. However, atypical forms of dermatofibroma can clinically and dermoscopically mimic another aggressive tumor, melanoma.

Key words: dermatofibroma, atypical dermatofibroma, melanoma, dermoscopy, skin tumors.

Дерматофиброма — одна из наиболее часто встречающихся опухолей кожи. Наиболее часто представляет собой солитарный (реже множественные) узелок красно-коричневой или розовой окраски, плотной консистенции, чаще на коже нижних конечностей, реже на коже туловища, верхних конечностей [1]. Гистологически опухоль характеризуется скоплением фибробластов в дерме с примесью макрофагов и других воспалительных клеток, таких как лимфоциты, эозинофилы, нейтрофилы, в сочетании с хаотичными пучками коллагеновых волокон, часто с гиперплазией эпидермиса, волосяных фолликул и меланоцитов [2].

Описано большое количество морфологических форм дерматофибром: гемосидерическая, эпителиоидная, атрофическая, келоидная, лихеноидная, аневризмоподобная, миксоидная, атипичная. Обилие клинических форм, обусловленных различными морфотипами, делают это доброкачественное образование в некоторых случаях

труднодиагностируемым [3]. Иногда дерматофибром невозможно дифференцировать от меланомы не только клинически, но и дерматоскопически. Диагноз выставляется только по данным морфологического исследования.

Дерматоскопически самым распространенным вариантом является пигментная сеть по периферии с центральной зоной по типу рубца. В литературе описаны и другие типичные для дерматофибром паттерны, а именно:

- тотальная пигментная псевдосеть;
- псевдосеть по периферии, центральная зона по типу рубца;
- псевдосеть по периферии, белая негативная сеть в центре;
- псевдосеть по периферии, центральная гомогенная пигментация;
- тотальная белая негативная сеть;
- тотальная гомогенная пигментация;
- тотальная зона по типу рубца;
- периферическая гомогенная пигментация, центральная зона по типу рубца;

- периферическая гомогенная пигментация, белая негативная сеть в центре [2].

В 5–6 % случаев мы имеем дело с атипичным паттерном, когда дерматоскопически диагноз выставить не удастся. Такие пациенты должны направляться на эксцизионную биопсию с гистологическим исследованием с целью исключения меланомы. В атипичных дерматофибромах могут визуализироваться сосудистые структуры: эритема, сосуды-шпильки, точечные сосуды, клубочковые сосуды и линейные неправильные сосуды. Кроме того, в подобных образованиях могут встречаться и другие дерматоскопические признаки, нехарактерные для дерматофибром, такие как точки и глобулы, структуры по типу хризалид и даже изъязвления (при аневризмоподобных формах) [2, 4].

В литературе также встречаются казуистические случаи сочетания морфологических черт меланомы и дерма-

тофибром. У мужчины 56 лет с отягощенным анамнезом по меланоме было выявлено образование в виде розовой папулы диаметром 0,5 см на коже бедра. При окраске гематоксилин-эозином определялись неровные гнездовые скопления атипичных меланоцитов в эпидермисе и сосочковом слое дермы, единичные педжетоидные клетки, фигуры митоза. В сетчатом слое — скопление фибробластов с коллагеновыми волокнами. При иммуногистохимическом исследовании определялась положительная реакция с MART-1 и S-100 [5].

В связи с вышеописанными трудностями в дифференциальной диагностике меланомы и атипичной дерматофибромой публикуются данные клинические случаи.

Клинический случай 1

Пациентка, 20 лет, обратилась с жалобами на образование на коже бедра. Со слов больной, образование появилось около 6 месяцев назад, не меняется, субъективно не беспокоит.

Клиническая картина представлена ассиметричным узловым образованием диаметром 5 мм, розово-фиолетовой окраски, плотным при пальпации (рис. 1). Дерматоскопически визуализируется беспигментное ассиметричное образование, часть которого представлена массивной зоной по типу рубца, по периферии которого имеются неравномерно расположенные бесструктурные сосуды (рис. 2). В связи с дифференциальным диагнозом между атипичной дерматофибромой и меланомой больной проведена эксцизионная биопсия. Гистологическая картина представлена мягкотканым веретенноклеточным образованием кожи, соответствующим дерматофибrome (рис. 3, 4).

Клинический случай 2

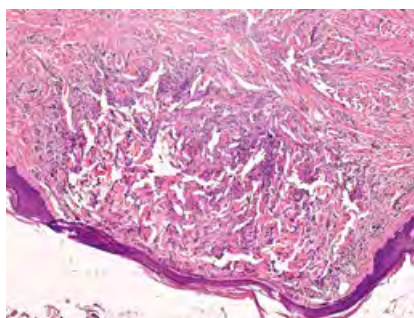
Пациентка Н., 56 лет, обратилась в клинику по поводу экземы, при осмотре было выявлено образование в области бедра, клинически представленное узелком диаметром около 4 мм, красно-фиолетовой окраски (рис. 5). Время возникновения образования пациентка указать не может. Семейный анамнез по опухолям кожи не отягощен.



Рисунок 1. Атипичная дерматофиброма у пациентки 20 лет.



Рисунок 2. Дерматоскопическая картина: зона по типу рубца и атипичные линейные извитые сосуды.



Рисунки 3, 4. Гистологическая картина дерматофибром.

При дерматоскопии определяется слабопигментированное образование, представленное тотальной зоной по типу рубца фиолетово-белой окраски. На верхнем полюсе справа визуализируется остаточный фрагмент пигментной сети (рис. 6)

В связи с трудностями в дифференциальной диагностике для исключения меланомы пациентке проведена эксцизионная биопсия, по данным которой был выставлен диагноз «неизъязвленная эпителиоцелочная меланомы, третий уровень инвазии по Кларку, толщина



Рисунок 5. Меланомы у пациентки Н.

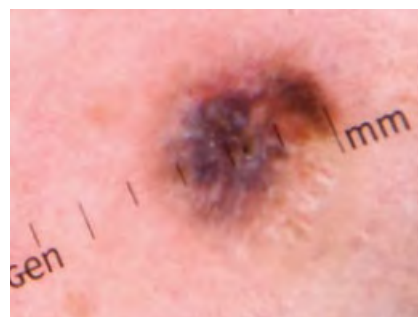
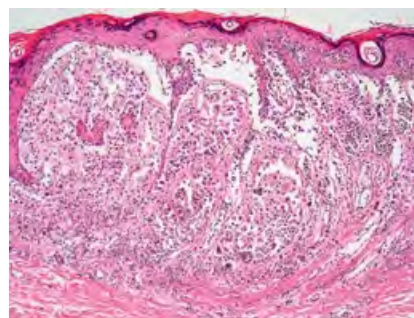


Рисунок 6. Дерматоскопическая картина: тотальная зона рубца с фрагментами остаточной пигментации.



Рисунки 7, 8. Гистологическая картина меланомы.

по Бреслоу — 1 мм, с низкой митотической активностью, слабо выраженной лимфоидно-плазматической инфильтрацией» (рис. 7, 8). В связи с этим больной была выполнена повторная операция — хирургическое иссечение зоны рубца с отступом 1,5 см и исследованием региональных лимфатических узлов.

Обсуждение

Одной из тенденций современной медицины являются разработка и внедрение неинвазивных методов диагностики. Имеющиеся методы дерматоскопии и УЗ-сканирования не позволяют дифференцировать меланому от атипичной дерматофибromы. Последнее время внимание уделяется конфокальной лазерной сканирующей микроскопии. Данный метод позволяет анализировать морфологические структуры эпидермиса и верхних слоев дермы без повреждения кожного покрова. Так, при исследовании меланомы методом конфокальной микроскопии определяются такие черты, как нарушение

структуры шиповатого слоя и дермальных сосочков, появление плеоморфных отростчатых клеток с крупными ядрами в эпидермисе и в дерме, формирование атипичных сосудистых структур. Возможно, данная методика может способствовать правильной постановке диагноза в трудных случаях.

Заключение

В клинической практике врачи часто сталкиваются с дерматофибромами. Чаще всего проблем с этими образованиями не возникает. Однако атипичные формы дерматофибром могут имитировать меланому. В настоящее время ни один из существующих неинвазивных методов не способен дать точный диагноз. Таким образом, необходимо уделять особое внимание пациентам с атипичными формами дерматофибром. При наличии таких признаков, как атипичные полиморфные сосуды, атипичные точки, глобулы, фрагменты пигментной сети на фоне характерных

для дерматофибром черт при дерматоскопии необходимо в первую очередь исключать диагноз меланомы. Единственным достоверным методом диагностики по-прежнему остается гистологическое исследование, и данные пациенты должны быть направлены на эксцизионную биопсию.

Список литературы

1. Kelati A., Aqil N., Baybay H., Gallouj S., Mernissi F. Beyond classic dermoscopic patterns of dermatofibromas: a prospective research study. *Journal of Medical Case Reports* (2017) 11: 266.
2. Zaballón P., Puig S., Llambrich A., Malvehy J. Dermoscopy of Dermatofibromas. A Prospective Morphological Study of 412 Cases. *Arch Dermatol.* 2008; 144 (1): 75–83.
3. Parish L.C., Yazdani S., Lambert W.C., Lambert P.C. Dermatofibroma: a curious tumor. *Skinmed.* 2012; 10 (5): 268–70.
4. Ferrari A., Argenziano G., Buccini P., Cota C., Sperduti I., De Simone P., Eibenschutz L. Typical and atypical dermoscopic presentations of Dermatofibroma. *JEADV* 2013, 27, 1375–1380.
5. Bradley T., Boyd A. Melanoma associated with a Dermatofibroma. *J Cutan Pathol* 2007; 34: 420–422.
6. Shahriari N., Grant-Kels J., Rabinovitz H., Oliviero M., Scope M. Reflectance Confocal Microscopy Features of Melanomas on the Body and Non-Glabrous Chronically Sun-Damaged Skin. *J Cutan Pathol.* 2018 Oct; 45 (10): 754–759.

Для цитирования. Вертеева Е.Ю., Сарибекян Э.К., Олисова О.Ю., Бересток Т.С. Трудности дифференциальной диагностики атипичных форм дерматофибром и меланомы (клинический случай) // Медицинский алфавит. Серия «Дерматология». — 2019. — Т. 2. — № 26 (401). — С. 116–118.





Медицина 2019

20–22 ноября 2019

**(3532) 67-11-08
45-31-31**



IV Специализированная выставка

Медицина

РАЗДЕЛЫ ВЫСТАВКИ:

- ◆ Медицинская техника и оборудование
- ◆ Медицинские и оздоровительные центры
- ◆ Специализированная литература
- ◆ IT-технологии в области медицины
- ◆ Фарминдустрия
- ◆ Стоматология
- ◆ Охрана зрения и др.

ДКиС «Газовик»
г. Оренбург
ул. Чкалова, 1

ООО «УралЭкспо»
uralexpo@yandex.ru, www.uralexpo.ru