

М.Э. Запольский¹, М.Н. Лебедюк¹, Н.Б. Прокофьева¹, Л.П. Квитко²¹Одесский национальный медицинский университет, Одесса²КНП «Одесский областной кожно-венерологический диспансер»
Одесского областного совета, Одесса

Клиническое наблюдение лимфоцитарной инфильтрации Иесснера—Канофа в области лица. Особенности диагностики и лечения

Лимфоцитарная инфильтрация Иесснера—Канофа относится к Т-клеточным псевдолимфомам — реактивным дерматозам, возникающим в ответ на воздействие экзогенных и эндогенных факторов и характеризующимся гистологическим и клиническим сходством со злокачественными лимфомами, от которых их отличает доброкачественное течение. Впервые заболевание было описано М. Jessner и В. Kanof в 1953 г.

Лимфоцитарная инфильтрация Иесснера—Канофа характеризуется плотной Т-лимфоцитарной инфильтрацией дермы с преобладанием зрелых поликлональных лимфоцитов без вовлечения эпидермиса и обычно проявляется в виде эритематозных папул или бляшек с их локализацией на лице, шее и спине. Этиология до сих пор остается малоизученной. Для хронического течения заболевания характерно чередование периодов обострения и ремиссии. Основными провоцирующими факторами являются хронические заболевания пищеварительного тракта (гастрит, колит, холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.), реже — прием лекарственных средств, иммуносупрессия, инсоляция.

Дифференциальную диагностику лимфоцитарной инфильтрации Иесснера—Канофа проводят с дискоидной красной волчанкой, лимфоцитомой, злокачественной лимфомой кожи, саркоидозом, токсикодермией. Диагностические трудности обусловлены многообразием клинических проявлений заболевания.

В статье описан клинический случай лимфоцитарной инфильтрации Иесснера—Канофа с ее локализацией в области лица у 18-летней девушки. Рядом с заболеванием были диагностированы также *perioral dermatitis*, *acne cystic*, *lupus erythematosus*. По данным гистохимического исследования был выявлен вырженный лимфоцитарная инфильтрация с преобладанием клеток CD4 (clone 4B12) и CD8 (clone C8/144B), характерная для Т-клеточных псевдолимфом. Успешности в результате проведенного лечения (триамцинолон, гидроксихлорохин, ингибиторы калциневрина, использованные узкополосной фототерапией) был достигнут стойкий положительный терапевтический эффект, который сохранялся более 8 мес.

Ключевые слова

Лимфоцитарная инфильтрация Иесснера—Канофа, псевдолимфома, лечение.

Псевдолимфомы кожи — дерматозы, обусловленные гиперплазией лимфоидной ткани и имеющие клиническое и/или патогистологическое сходство со злокачественными лимфомами. От последних они отличаются доброкачественным течением с тенденцией к спонтанному регрессу [1]. В зависимости от типа лимфоцитов, образующих инфильтрат, псевдолимфомы подразделяют на Т-клеточные (лимфоцитарная инфильтрация Иесснера—Канофа, истинная псевдолимфома (ретикулярная гиперплазия,

реактивный ретикулез, синдром псевдолимфомы, эритродермия псевдолимфоматозная), лимфомоидный папулез, клинический ретикулоид) и В-клеточные (доброкачественная лимфома кожи) [1]. Актуальность проблемы псевдолимфомы обусловлена возможностью их озлокачествления, необходимостью их своевременной диагностики, риском возникновения эстетических дефектов.

Несмотря на то, что сегодняшний день лимфоцитарную инфильтрацию Иесснера—Канофа (ЛИИК) рас-

см тривають к к н иболее в ри бельную, редко встреч ющуюся п тологию кожи, котор я может имитиров ть другие дерм тозы. Лимфоцит рн я инфильтр ция кожи впервые был опис н в 1953 г. М. Jessner и В. Kanof [8]. ЛИИК х р ктеризується н личием эритем тозных п пул и бляшек, р сполоненных н голове, шее, верхней ч сти груди и спины [9, 10]. Высып ния сущест вуют длительно (месяцы и годы) и могут спонт нно р зреш ться без к кого-либо лечения. З болев ние протек ет с период ми обострений и ремиссий [5]. Этиология ЛИИК ост ется м лоизученной, в литер туре имеются единичные сообщения о роли *B. burgdorferi* в ее р звитии [2]. Ф ктор ми риск , провоцирующими р звитие з болев ния, ч ще всего являются хронические з болев ния пищев рительного тр кт (хронические г стрит, колит, холецистит, язвенн я болезнь желудк и двен дц типерстной кишки и др.) [1], реже — прием лек рственных средств [1, 6], иммунотер пия [13], инсоляция [1].

При гистологическом исследов нии элемент овинфильтр т обн ружив етсяплотн яТ-лимфоцит рн я муфтообр зн я перив скулярн я инфильтр ция дермы с преобл д нием м лых зрелых поликлон льных лимфоцитов без вовлечения эпидермис [1, 4, 7, 9, 11, 12].

Дифференци льную ди гностику ЛИИК проводят с дискоидной кр сной волч нкой, лимфоцитомой, злок чественной лимфомой кожи, с ркоидозом, токсикодермией [1, 3, 5, 9, 11].

Трудности ди гностики з болев ния обусловлены не только многообр зиєм клинических проявлений, но и отсутствием клинической н с-тороженности у пр ктикующих дерм тологов.

Предст вляем клинический случ й п циентки (18 лет), котор я обр тил сь в н шу клинику с ж лоб ми н высып ния в обл сти верхней губы спр в , сущестов вшее около 8 мес. Н б лод лся медленный периферический рост оч г пор жения, субъективные ощущения отсутство в ли. Появление сыпи болн я не могл ни с чем связ ть. Хронические сом тические з болев ния отриц л . Аллергологический и семейный н мnez — без особенностей. При обследов нии (при фиброг стродуоденоскопии) выявлен к т р льный г стрит. Р нее з болев ние было ди гностиров но к к *perioral dermatitis*, *acnecystic*, *lupus erythematosus*. П циентк получил лечение с применением системных и топических нтибиотиков, кортикостероидов. Проведенн я тер пия не д л положительного эффект . При объективном осмотре: н коже в обл сти верхней губы спр в определяются элементы высып ний в виде плоских инфильтриров нных бляшек 2–3 см в ди метре, синюшно-розового цвет ,



Рис. 1. Объективный осмотр пациентки: инфильтрированные бляшки над губой справа

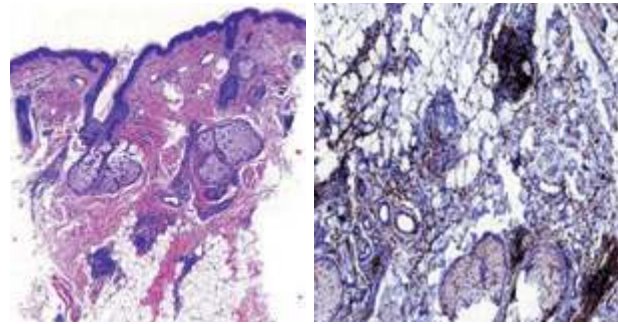


Рис. 2. Патоморфологическая картина биоптата кожи



Рис. 3. Регресс элементов высыпаний у пациентки после проведенного лечения

Таблиця. **Данные иммуногистохимического исследования**

Исследуемые клетки	Диагностические маркеры	Заключение
CD4	DAKO, clone 4B12	Положительная реакция в клетках инфильтрата
CD8	DAKO, clone C8/144B	Положительная реакция в клетках инфильтрата
CD123	Cell Marque, clone 6H6	Положительная реакция в отдельных клетках инфильтрата

непривильной формы, плотной консистенции с гладкой поверхностью (рис. 1).

На основании данных первичного гистоморфологического исследования был установлен диагноз *fibrous papule*, который вызывал сомнения в связи с типичной клинической картиной и локализацией образований (рис. 1–2).

При поступлении пациентки в нашу клинику были проведены общеклинические анализы, которые не выявили значимых отклонений от нормы. Иммунологические тесты на *lupus erythematosus* — отрицательные. Иммуногистохимическое исследование с повторным забором материала из центральной части очага поражения выявило выраженную лимфоцитарную инфильтрацию с преобладанием клеток CD4 (clone 4B12) и CD8 (clone C8/144B), характерную для Т-клеточных псевдолимфом (таблица).

Выявленные иммуногистохимические маркеры, также клинические особенности заболевания (медленная прогрессия, устойчивость течения, нормальная фоточувствительность) и более характерны для лимфоцитарной инфильтрации Иесснера — Канова. Пациентке был предложен терапия, включающая однократное внутривенное введение триамсинолона, 2-месячный курс гидроксихлорохина, и ружное применение ингибиторов калциневрина ежедневно, также узкополосную (311 нм) фототерапию дважды в неделю в течение 2 мес. В результате проведенного лечения был достигнут стойкий положительный эффект, сохраняющийся более 8 мес (рис. 3).

Выводы

1. Дерматологическая патология с наличием длительно существующих инфильтративных очагов поражения в области лица, устойчивых к стандартным методам лечения, требует исключения ЛИИК.

2. Основными иммуногистохимическими маркерами ЛИИК являются клоны пролиферации CD4 (DAKO clone 4B12) CD8 (DAKO clone C8/144B), CD123-клеток.

3. При лечении устойчивых форм ЛИИК сочетанное применение внутривенного кортикостероида, топического ингибитора калциневрина и узкополосной (311 нм) фототерапии обеспечивает положительный терапевтический эффект и длительный контроль заболевания.

Список литературы

- Олисов О.Ю., Потеев Н.С. Псевдолимфомы кожи. — М.: «Практик», 2013. — 116 с.
- Полозов Ю.Р. Лимфоцитарная инфильтрация кожи Иесснера — Канова (клиника, диагностика и лечение): автореферат дис. ...к.мед. н. — СПб, 1997. — 23 с.
- Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С., Иванов О.Л. Дерматовенерология. Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 1052 с.
- Сирская Е.С., Гришин В.Б., Гринян Л.Г. Лимфоцитарная инфильтрация Иесснера — Канова // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. — 2015. — № 4. — С. 17–20.
- Трофимов П.Н., Антонов О.В., Хайрутдинов В.Р. и др. Патоморфологические изменения у больных лимфоцитарной инфильтрацией Джесснера — Канова, ретикулярным эритематозным муцинозом и опухолевидной красной волчанкой // Вест. дерм. тол. и венерол. — 2015. — № 6. — С. 41–49. doi: 10.25208/0042-4609-2015-06-52-53.
- Corazza M., Borghi A., Minghetti S. et al. Duloxetine-induced pseudolymphoma with features of lymphocytic infiltration of Jessner-Kanof // Acta Derm. Venereol. — 2014. — Vol. 94 (5). — P. 605–606. doi: 10.2340/00015555-1785.
- Demir B., Uçak H., Solmaz Ö., Erdeni. Bilateral Jessner lymphocytic infiltration in the ear lobes: A case report and Literature review // J. Clin. Exp. Invest. — 2014. — Vol. 5 (2). — P. 313–315 doi: 10.5799/ahinjs.01.2014.02.0410.
- Jessner M., Kanof B. Lymphocytic infiltration of the skin // Arch. Dermatol. — 1953. — Vol. 68. — P. 447–449.
- Kim I.S., Kim B.R., Youn S.W. Differentiation of Jessner's Lymphocytic Infiltration of the Skin from Various Chronic Cutaneous Lupus Erythematosus Subtypes by Quantitative Computer-Aided Image Analysis // Dermatology. — 2016. — Vol. 232. — P. 57–63. doi: 10.1159/000440648.
- Laurinaviciene R., Clemmensen O., Bygum A. Successful Treatment of Jessner's Lymphocytic Infiltration of the Skin with Methotrexate // Acta Dermato-Venereologica. — 2009. — Vol. 89. — P. 542–543. doi: 10.2340/00015555-0707.
- Lipsker D., Mitschler A., Grosshans E., Cribier B. Could Jessner's lymphocytic infiltrate of the skin be a dermal variant of lupus erythematosus? An analysis of 210 cases // Dermatology. — 2006. — Vol. 213. — P. 15–22. doi: 10.1159/000092832.
- Poenitz N., Dippel E., Klemke C.D., Qadoumi M., Goerdts S. Jessner's lymphocytic infiltration of the skin: a CD8+ polyclonal reactive skin condition // Dermatology. — 2003. — Vol. 207. — P. 276–284. doi: 10.1159/000073090.
- Yalcin A., Bisgin A., Gorczynski R. et al. Jessner-Kanof Lymphocytic Infiltrate as a Side Effect of Immunotherapy // World Allergy Organization J. — 2012. — Vol. 5. — P. 122–123. doi: 10.1097/01.wox.0000412147.11920.7f.

М.Е. Запольський¹, М.М. Лебедюк¹, Н.Б. Прокоф'єва¹, Л.П. Квітко²

¹Одеський національний медичний університет, Одеса

²КНП «Одеський обласний шкірно-венерологічний диспансер» Одеської області, Одеса

Клінічне спостереження лімфоцитарної інфільтрації Іесснера—Канофе у ділянці обличчя. Особливості діагностики та лікування

Лімфоцитарна інфільтрація Іесснера—Канофа належить до Т-клітинних псевдолімфом — реактивних дерматозів, які виникають у відповідь на вплив екзогенних та ендогенних факторів і характеризуються гістологічною та клінічною подібністю зі злоякісними лімфомами, від яких вони відрізняються доброякісним перебігом. Уперше з хворювання описали М. Jessner та В. Kanof у 1953 р.

Лімфоцитарна інфільтрація Іесснера—Канофа характеризується щільною Т-лімфоцитарною муфтоподібною периваскулярною інфільтрацією дерми з переважанням малих зрілих поліклональних лімфоцитів без залучення епідермісу та здебільшого проявляється у вигляді еритематозних папул або бляшок з їх локалізацією на обличчі, шиї та спині. Етіологія цього захворювання дотепер є недостатньо вивченою. Для хронічного перебігу з хворювання характерні чергування періодів з гострення та ремісії. Основними провокуючими факторами є хронічні захворювання травного тракту (гастрит, коліт, холецистит, виразки шлунка та дванадцятипалої кишки тощо), рідше — прийом лікарських засобів, імунотерапія, інсоляція.

Диференціальну діагностику лімфоцитарної інфільтрації Іесснера—Канофа проводять із дисккоїдним червоним вовчком, лімфоцитомою, злоякісною лімфомою шкіри, саркоїдозом, токсикодермією. Труднощі діагностики цього захворювання зумовлені різноманітністю його клінічних виявів.

У статті описано клінічний випадок лімфоцитарної інфільтрації Іесснера—Канофа з її локалізацією у ділянці обличчя у 18-річної дівчини. Рішенням захворювання було діагностовано як *perioral dermatitis, acne cystic, lupus erythematosus*. Згідно з результатами гістохімічного дослідження виявлено виражену лімфоцитарну інфільтрацію з переважанням клітин CD4 (clone 4B12) та CD8 (clone C8/144B), що характерно для Т-клітинних псевдолімфом. Упакування після проведеного лікування (триамцінолон, гідроксихлорохін, інгібітори кальциневрину, використання вузькосмугової фототерапії) досягнуто стійкого позитивного терапевтичного ефекту, який зберігся понад 8 міс.

Ключові слова: лімфоцитарна інфільтрація Іесснера—Канофа, псевдолімфома, лікування.

М.Е. Zapolskiy¹, М.М. Lebediuk¹, N.B. Prokofyeva¹, L.P. Kvitko²

¹Odesa National Medical University

²Odesa Regional Dermatovenerological Dispensary

Clinical observation of Jessner—Kanof lymphocytic infiltration on the face. Features of diagnostics and treatment

Jessner—Kanof lymphocytic infiltration refers to T-cell pseudolymphomas — reactive dermatoses that occur in response to exogenous and endogenous influences and are characterized by histological and clinical similarities with malignant lymphomas, from which they are distinguished by a benign course. It was first described in 1953 by M. Jessner and B. Kanof. The disease is characterized by dense T-lymphocytic muft-like perivascular infiltration of the dermis with a predominance of small mature polyclonal lymphocytes without epidermal involvement and usually appears as erythematous papules or plaques on the face, neck and back. The etiology of Jessner—Kanof lymphocytic infiltration remains poorly understood.

The disease proceeds with periods of exacerbations and remissions. The provoking factors (most often) are chronic diseases of the digestive tract (chronic gastritis, colitis, cholecystitis, peptic ulcer of the stomach and duodenum, etc.), less commonly — medication, immunotherapy, insolation.

Differential diagnosis of Jessner—Kanof lymphocytic infiltration is carried out with discoid lupus erythematosus, lymphocytoma, malignant lymphoma of the skin, sarcoidosis, toxicoderma. Diagnostic difficulties of this disease are caused by a variety of its clinical manifestations.

A case of Jessner—Kanof lymphocytic infiltration in the face region of an eighteen-year-old girl is described. Previously, the disease was diagnosed as *perioral dermatitis, acne cystic, lupus erythematosus*. Histochemical examination revealed pronounced lymphocytic infiltration with a predominance of CD4 (clone 4B12) and CD8 (clone C8/144B) cells, which is typical of T-cell pseudolymphs. After the treatment (triamcinolone, hydroxychloroquine, calcineurin inhibitors, narrow-band phototherapy), a lasting positive therapeutic effect (for more than eight months) was achieved.

Key words: Jessner—Kanof lymphocytic infiltration, pseudolymphoma, treatment.

Дані про авторів:

Запольський Максим Едуардович, д. мед. н., доц. к. федр. дерматології та венерології
<http://orcid.org/0000-0002-3896-5030>

65006, м. Одеса, вул. Академіка Воробйова, 5. E-mail: maksimz@3g.ua

Лебедюк Михайло Миколайович, д. мед. н., проф., зав. кафедр. дерматології та венерології
<http://orcid.org/0000-0003-1427-0792>

Прокоф'єва Ніна Борисівна, к. мед. н., доц. к. федр. дерматології та венерології
<http://orcid.org/0000-0003-4502-4287>

Квітко Лілія Павлівна, лікар-дерматовенеролог