

Клиническая и дерматоскопическая характеристика невусов с венчиком

А. С. Чеховская

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Резюме

В статье представлен научно-медицинский литературный обзор по вопросам этиопатогенетических аспектов, клинических и диагностических критериев невусов с венчиком. Указаны дерматоскопические признаки невуса Сеттона и Мейерсона. Приведен клинический случай невуса Мейерсона.

Ключевые слова: невус Сеттона, невус и феномен Мейерсона, дерматоскопия, галоневус, венчик, пигментная сеть, пигментное образование.

Невус Сеттона и невус Мейерсона ранее в классификации новообразований кожи относили к невусам с венчиком, поскольку они имели одну общую особенность – ободок вокруг пигментного образования. Невус Сеттона – пигментный невус с зоной периферической депигментации; согласно последней гистологической классификации ВОЗ 2006 г., занимает отдельное место в доброкачественных меланоцитарных опухолях – галоневус. Невус Мейерсона имеет ободок экземы вокруг меланоцитарного невуса и, согласно последней классификации, относится к доброкачественным меланоцитарным топографо-специфическим невусам [3, 4].

Из истории известно, что в 1916 г. известный американский дерматолог Richard L. Sutton (1878–1952) описал своеобразную форму пигментного невуса кожи, назвав ее приобретенной центробежной лейкодермой. А в 1964 г. S. B. Frank и H. J. Cohen впервые применили термин «галоневус» (греч. *halos* – круг, кольцо). В дальнейшем эта форма, оказавшаяся не столь уж редкой, многократно была описана в литературе под этим и под некоторыми другими названиями: невус Саттона, периневусное витилиго, невус Сеттона [1, 2].

Галоневус встречается у лиц обоих полов и любой возрастной категории, но чаще – у детей

и в юношеском возрасте. Возникает у сибсов и при наследственной отягощенности по витилиго, которая наблюдается у 20% пациентов с галоневусом, а также у лиц, склонных к аутоиммунным заболеваниям. У людей с галоневусами на других участках кожи могут также отмечаться диспластические невусы [5].

Патогенетически появление обесцвеченного ободка вокруг невуса объясняется:

- снижением уровня меланина в меланоцитах, вследствие чего он исчезает из эпидермиса и часть меланоцитов разрушается клетками иммунной системы и цитотоксическими антителами;
- реакцией кожи на воздействие повышенного ультрафиолетового облучения и развитием на фоне солнечных ожогов, фотодерматитов.

Клинически при возникновении невуса Сеттона в первую очередь появляется пигментный невус, а затем вокруг него образуется ободок депигментированной кожи (рис. 1). В некоторых случаях депигментации может предшествовать небольшое покраснение. Сам невус представляет собой краснокоричневый, светло-коричневый или коричневый узелок, немного возвышающийся над уровнем кожи. Он имеет округлую форму и четкие границы.

Участок обесцвечивания обычно в 2–3 раза шире расположенного в его центре пигментного образования, и может быть несимметричным [6].

Среди редких форм встречается галоневус с гиперкератотическим центральным невусом (рис. 2, 3), который описан профессором дерматологии Сергеевым Ю.В. Этот тип невуса имеет доброкачественное течение и на его поверхности накапливаются гиперкератотические массы, которые частями могут отслаиваться. В таких случаях рекомендовано удаление невуса.

Кроме этого в практике дерматологов встречаются гигантские пигментные невусы Сеттона (рис. 4, 5). У пациентов могут обнаруживаться депигментированные пятна по типу витилиго и множественные пигментные невусы. При осмотре следует обратить внимание на то, что участки депигментации располагаются вокруг пигментных невусов.

Наиболее характерным симптомом невуса Сеттона, в отличие от других невусов и невуса Мейерсона, является его стадийное развитие:

- возникновение пигментного образования;
- появление вокруг невуса участка гипопигментации или депигментации;
- регресс пигментной части невуса в течение нескольких лет (рис. 6);
- постепенное окрашивание депигментированного ободка до цвета нормальной кожи.

Типичная клиническая картина и стадийность развития во многих случаях позволяют без затруднения установить диагноз невуса Сеттона. Для уточнения диагноза проводится биопсия (пункционная или тотальная эксцизионная), дерматоскопия, сиаскопия [1]. Гистопатологическая картина галоневуса: дермальный или сложный невус с лимфогистиоцитарной инфильтрацией вокруг и между клетками невуса. В области венчика отмечается уменьшение количества или полное исчезновение меланоцитов (по данным электронной микроскопии).

Среди методов инструментальной диагностики выделяют дерматоскопию. Дерматоскопически по периферии пигментного невуса определяется чаще симметричный, беспигментный, сохраняющий кожный рисунок и рост волос ореол, в несколько раз превосходящий по размеру центральную часть (рис. 7).

При дифференциальной диагностике сложности возникают при появлении галоневуса на фоне существующего витилиго. Различить их помогает цифровая дерматоскопия.

При эпилюминесцентной диагностике в центре образования обнаруживается скопление невусных клеток, окруженных инфильтратом из лимфоцитов, и отсутствие меланоцитов в эпидермисе в области депигментированного ободка. Кроме того, депигментация кожи вокруг невусов (так



Рис. 1. Невус Сеттона (фото предоставлено автором)

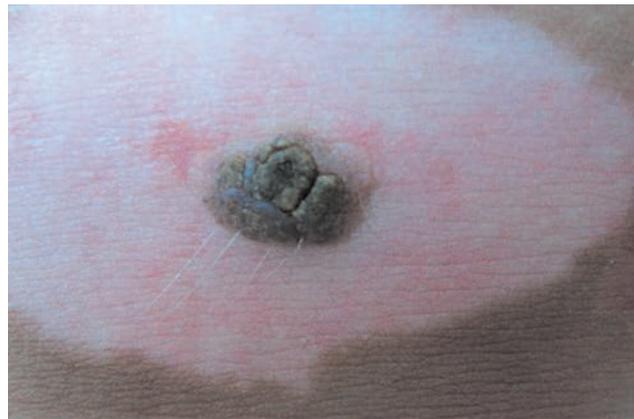


Рис. 2. Гиперкератотический невус Сеттона (фото предоставлено Сергеевым Ю.В.)



Рис. 3. Дерматоскопическая картина гиперкератотического невуса Сеттона (фото предоставлено Сергеевым Ю.В.)



Рис. 4. Гигантский невус Сеттона (фото предоставлено Сергеевым Ю.В.)



Рис. 5. Дерматоскопия фрагмента гигантского невуса Сеттона (фото предоставлено Сергеевым Ю.В.)



Рис. 6. Постепенный регресс пигментной части невуса Сеттона (здесь и далее фото предоставлено автором)



Рис. 7. Дерматоскопическая картина невуса Сеттона



Рис. 8. Дерматоскопическая картина регрессирующей меланомы с гало

называемый синдром Сеттона) может иметь место при злокачественных опухолях внутренних органов, а также при меланоме кожи (рис. 8).

В 1987 г. доктором Ротולי с коллегами (Rotoli et al., 1987) был описан случай галомеланомы с гистологическими признаками трансэпидермальной регрессии. Клинически опухоль имела депигментированные зоны вокруг нее. При морфологическом исследовании была выявлена поверхностно-распространяющаяся меланوما со слабой лимфоидной инфильтрацией дермы; клинически был отмечен неблагоприятный прогноз. Поэтому для исключения меланомы необходимо проводить биопсию образования и последующее гистологическое изучение образца. Кроме того, невус Сеттона необходимо дифференцировать с нейрофибромой, дерматофибромой, вульгарными бородавками, врожденным и атипичным голубым невусом, невусом Шпица и др.

В своей практике мы наблюдали 5 больных с невусами Сеттона в возрасте от 4 до 17 лет. Галоневусы у пациентов имели округлую форму диаметром от 3 до 9 мм и возвышались над уровнем кожи на 1,5–2,5 мм. Вокруг центрального невуса присутствовал депигментированный венчик, превышающий в 3–4 раза диаметр невуса. У пациентов наблюдалось как спонтанное исчезновение этих образований, так и появление новых. За период наблюдения, который составил 3 года, малигнизации невусов Сеттона не отмечено.

Удалять невус необходимо лишь в том случае, если имеется подозрение на то, что характер образования злокачественный. Симптомами перерождения могут быть изменения цвета невуса, его размеров, а также нарушение целостности его поверхности. Признаком осложнений также будут болевые ощущения или дискомфорт в области родинки. Если в сочетании с этими симптомами не удастся четко дифференцировать невус от меланомы, то следует прибегнуть к его полному хирургическому иссечению вместе с депигментированным ореолом вокруг. Кроме хирургического иссечения могут быть применены методы радиоволновой или лазерной деструкции.

В большинстве случаев спустя 2–4 года галоневусы подвергаются спонтанному регрессу с последующим исчезновением депигментированной области. Иногда они персистируют или на месте бывшего невуса остается одна депигментация. Наконец, в очень редких случаях (у взрослых) множественные гало-невусы могут быть предшественниками или признаками первичной меланомы на другом участке.

Невус Мейерсона (nevus Meyerson)

Невус Мейерсона – доброкачественный меланокитарный невус, который окружен ореолом экзематозной и/или папуло-сквамозной реакции,

часто сопровождающийся зудом (рис. 9). В 1971 г. Мейерсон (Meyersson L.B.) впервые описал ободок экземы вокруг меланоцитарного невуса [10].

В 3 раза чаще встречается у мужчин (средний возраст 30 лет), чем у женщин. Также может возникнуть у больных с экземой или при атопическом состоянии (астма или сенная аллергия). Тем не менее, чаще всего встречается у здоровых людей без каких-либо предварительных условий. Невус Мейерсона обычно развивается как единственный зудящий элемент, но о множественных повреждениях, появляющихся единовременно, также сообщалось [4, 11].

Причина возникновения невуса Мейерсона не известна. Иссечение центральной меланоцитарной части приводит к разрешению экзематозной реакции, которое предполагает, что невус является причиной ее появления. Это может быть результатом реакции иммунных клеток (CD4+ лимфоцитов) против мишени антигена на поверхности клетки невуса (меланоцитов) [5, 6]. Факторы, способствующие развитию невуса Мейерсона, включают:

- воздействие ультрафиолетового излучения (в одном случае ореол дерматита возник через несколько недель после того, как пациент испытал серьезные солнечные ожоги);
- интерферон- α -2b (поражения появились у пациента с болезнью Бехчета, который лечился этим препаратом);
- беременность.

Клинически невус Мейерсона состоит из центрально невуса, который имеет четкие границы и однородный цвет. Вокруг него – венчик, в 2,5 раза превышающий размер самого невуса, с эритемой, везикулезными высыпаниями, незначительной отечностью, шелушением на поверхности [7–9].

Клинический случай

Пациентка 25 лет, беременность – 24 нед. Жалобы на появление 6 дней назад ореола воспаления вокруг существующей родинки на коже груди, выраженный зуд. Из анамнеза болезни стало известно, что невус существует с 15 лет. Самолечение не применяла. При объективном осмотре обнаружен один невус на коже левой молочной железы до 4–5 мм в диаметре коричневого цвета, слегка возвышающийся над поверхностью кожи и окруженный кольцом гиперемии с нерегулярными и нечеткими краями, шелушением на поверхности.

Соскоб на мицелий был отрицательный, свечение образования в лучах лампы Вуда тоже оказалось безрезультатным. При эпифлюоресцентной диагностике в центре образования обнаруживалась коричневая регулярная пигментная сеть, равномерно распределенные темно-коричневые глобулы, отсутствие меланоцитов в эпидермисе в области гиперемированного ободка,

признаков озлокачествления не было обнаружено (рис. 10). Это позволило установить пациентке диагноз «Невус Мейерсона» и назначить топический глюкокортикостероид (ГКС) 1 раз в день на протяжении 7 дней. После проведенного лечения явления экзематизации вокруг невуса исчезли, зуд перестал беспокоить.

При диагностике невуса Мейерсона с помощью гистологического исследования кожи вокруг невуса наблюдают воспалительную реакцию, схожую с псориазом и экземой [7]. При дифференциальной диагностике невуса Мейерсона важно исключить галоневус. Основное различие между этими двумя невусами – то, как изменяется центральная часть невуса. Повреждение в центре невуса Мейерсона никогда не изменяется и не исчезает, даже когда окружающая экзема разрешилась. Напротив, центральная часть галоневуса обычно изменяется в цвете и в конечном счете может полностью исчезнуть. Кроме того, его необходимо дифференцировать с меланомой, розовым лишаем Жиберы, краснухой и сифилисом.

Особого лечения невус Мейерсона не требует, поскольку экзема вокруг него обычно проходит самостоятельно в течение нескольких недель. Однако при выраженном зуде, гиперемии можно назначать топические ГКС в течение от нескольких дней до 2 нед. Поскольку невус не является злокачественным, то при регулярном наблюдении у дерматолога его можно не удалять.



Рис. 9. Невус Мейерсона



Рис. 10. Дерматоскопическая картина невуса Мейерсона

Если же экзема располагается вокруг диспластического невуса, то рекомендуется его хирургическое иссечение с последующим гистологическим исследованием. Некоторые специалисты предпочитают проводить хирургическое иссечение подобного образования в любом случае, что, по их мнению,

является профилактикой возможного озлокачествления невуса.

Приведенные в статье клинические, дерматоскопические критерии невусов с венчиками (невус Сеттона, Мейерсона) позволяют вовремя выявить признаки озлокачествления и провести дифференциальную диагностику в сомнительных случаях.

Список литературы

1. Аксененко М.Б. Применение метода сиаскопии для оценки выраженности патологических изменений в коже при развитии меланоцитарных новообразований [Текст] // М.Б. Аксененко, Т.Г. Рукша, Н.Б. Толстикова, С.П. Кузнецов // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – № 4. – С. 31–36.
2. Галил-Оглы Г.А. Дерматоонкология [Текст] / Г.А. Галил-Оглы, В.А. Молочков, Ю.В. Сергеев. – М.: Медицина для всех, 2005. – 870 с.
3. Гельфонд М.Л. Дифференциальная диагностика опухолей кожи в практике дерматологов и косметологов [Текст] / М.Л. Гельфонд // Практическая онкология. – 2012. – Т. 13, № 2. – С. 69–79.
4. Ламоткин И.А. Меланиновые и меланоцитарные поражения кожи [Текст] / И.А. Ламоткин. – М.: Бино, 2011. – 248 с.
5. Ламоткин И.А. Онкодерматология: атлас: учебное пособие [Текст] / И.А. Ламоткин. – М.: Бино, 2017. – 878 с.: ил.
6. Молочков В.А. Меланоцитарные невусы [Текст] / В.А. Молочков // Практическая медицина. – 2009. – № 5 (37). – С. 36–40.
7. Clinical, dermoscopic and histopathological evaluation of the Meyerson nevus: case report [Text] / T. Gabbi, E.D. Omar, P.R. Criado et al. // An Bras Dermatol. – 2010. – N 85 (5). – P. 6810–683.
8. Dermoscopy, reflectance confocal microscopy and immunohistochemical analysis in melanocytic lesions with Meyerson's phenomenon [Text] / A. Oliveira, E. Arzberger, C. Massone // Dermatology. – 2014. – N 229 (4). – P. 297–305.
9. Loh J. Meyerson Phenomenon [Text] / J. Loh, P. Kenny // J Cutan Med Surg. – 2010. – N 14 (1). – P. 30–32.
10. Meyerson LB. A peculiar papulosquamous eruption involving pigmented nevi [Text] / L.B. Meyerson // Arch Dermatol. – 1971. – N 103 (5). – P. 510–512.
11. Pižem J. Melanocytic lesions with eczematous reaction (Meyerson's phenomenon) – a histopathologic analysis of 64 cases [Text] / J. Pižem, L. Stojanović, B. Luzar // J Cutan. Pathol. – 2012. – N 39 (10). – P. 901–910.

References

1. Aksenenko MB, Ruksha TG, Tolstikhin NB, Kuznetsov SR. Primenenie metoda siaskopii dlja ocenki vyrazhennosti patologicheskikh izmenenij v kozhe pri razvittii melanocitarnykh novoobrazovanij (Application of the method of siascopy to assess the severity of pathological changes in the skin during the development of melanocyte neoplasms). Bulletin of Dermatology and Venereology. 2011;4:31–36.
2. Galil-Ogly GA, Molochkov VA, Sergeev Yu V. Dermatoonkologiya (Dermatooncology). Moscow: Medicine for all, 2005. 870 p.
3. Gelfond ML. Dyfferentsyal'naya dyahnostyka opukholey kozhy v praktike dermatolohov y kosmetolohov (Differential diagnosis of skin tumors in the practice of dermatologists and cosmetologists). Practical oncology. 2012;13(2):69–79.
4. Lamotkin IA. Melaninovyie i melanocitarnye porazhenija kozhi (Melanin and melanocytic skin lesions). Moscow: Binom, 2011. 248 p.
5. Lamotkin IA. Onkodermatologiya: atlas: uchebnoe posobyie (Oncodermatology: atlas: a textbook). Moscow: Binom, 2017. 878 p.: ill.
6. Molochkov VA. Melanocitarnye nevusy (Melanocytic nevi). Practical medicine. 2009;5(37):36–40.
7. Gabbi T, Omar ED, Criado PR, et al. Clinical, dermoscopic and histopathological evaluation of the Meyerson nevus: case report. An Bras Dermatol. 2010;85(5):681–683.
8. Oliveira A, Arzberger E, Massone C. Dermoscopy, reflectance confocal microscopy and immunohistochemical analysis in melanocytic lesions with Meyerson's phenomenon. Dermatology. 2014;229(4):297–305.
9. Loh J, Kenny P. Meyerson Phenomenon. J Cutan Med Surg. 2010;14(1):30–32.
10. Meyerson LB. A peculiar papulosquamous eruption involving pigmented nevi. Arch Dermatol. 1971;103(5):510–512.
11. Pižem J, Stojanović L, Luzar B. Melanocytic lesions with eczematous reaction (Meyerson's phenomenon) – a histopathologic analysis of 64 cases. J Cutan. Pathol. 2012;39(10):901–910.

КЛІНІЧНА ТА ДЕРМАТОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВУСІВ З ВІНЧИКОМ

Г.С. Чеховська

Харківська медична академія післядипломної освіти

Резюме

У статті представлений науково-медичний літературний огляд з питань етіопатогенетичних аспектів, клінічних та діагностичних критеріїв невусів з вінчиком. Вказані дерматоскопічні ознаки невуса Мейерсона і Сеттона. Наведено клінічний випадок невусу Мейерсона.

Ключові слова: невус Сеттона, невус і феномен Мейерсона, дерматоскопія, галоневус, вінчик, пігментна сітка, пігментні новоутворення шкіри.

CLINICAL AND DERMATOSCOPIC CHARACTERISTICS OF NEVUSES WITH A WHISK

G. S. Chekhovska

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Abstract

The article presents a scientific and medical literature review on the issues of etiopathogenetic aspects, clinical and diagnostic criteria for nevuses with a whisk. Dermatoscopic signs of nevus Meyerson and Setton are indicated. The clinical case of Meyerson nevus is given.

Key words: Setton's nevus, nevus and Meyerson phenomenon, dermatoscopy, halonevus, corolla, pigment network, pigmented formation skin.

Сведения об авторе:

Чеховская Анна Станиславовна – канд. мед. наук, ассистент кафедры дерматовенерологии, Харьковская медицинская академия последипломного образования.