

Международные обзоры: клиническая практика и здоровье -2014. - № 5 (11). – С. 42-47.

МНОЖЕСТВЕННАЯ ПИЛОЛЕЙОМИОМА КОЖИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И КРАТКИЙ ОБЗОР

Панкратов В.Г.¹, Панкратов О.В.², Градова С.В.², Жуковец А.Г.³

¹ *Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

² *Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск*

³ *РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова, Минск, Беларусь*

Резюме

В статье приведены основные сведения о множественной пилолейомиоме кожи – редкой доброкачественной опухоли кожи, исходящей из мышц, поднимающих волос; обсуждаются вопросы эпидемиологии, клиники, гистопатологии, диагностики и лечения лейомиом кожи. Представлен клинический случай множественной пилолейомиомы кожи у пациентки 48 лет с фотографиями очагов высыпаний и гистологической картины опухоли.

Ключевые слова: *пилолейомиома кожи, клиника, диагностика, лечение.*

MULTIPLE CUTANEOUS PILOLEIOMIOMA: CLINICAL CASE AND OVERVIEW

Pankratov V.G.¹, Pankratov O.V.², Gradova S.V.², Zhukavets A.G.³

¹ *Belarusian State Medical University, Minsk*

² *Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk*

³ *RSPC of Oncology and Medical Radiology, Minsk*

Summary

This article provides basic information about multiple cutaneous piloleiomioma - a rare benign tumor of the skin originating from the arrectores pilorum muscles of the hair follicles; discusses the epidemiology, clinical picture, histopathology, diagnosis and treatment of cutaneous leiomyomas. A clinical case of multiple cutaneous piloleiomyoma in 48 years old patient is presented with photos of lesions and tumor histology.

Keywords: *multiple cutaneous piloleiomyoma, clinic, diagnosis, treatment.*

Лейомиома – это сравнительно редко встречаемая доброкачественная опухоль из гладких мышечных волокон. Лейомиому впервые описал R.Virchow (1854) при гистологическом исследовании кожной опухоли на груди у 32-летнего мужчины [1]. Пилолейомиома (пиллярная лейомиома) кожи – это лейомиома кожи, происходящая из гладких мышц, поднимающих волос, удельный вес пилолейомиомы – около 10% от всех лейомиом. Дерматоонкологи в настоящее время выделяют пять типов кожных лейомиом: 1) множественные лейомиомы, развивающиеся из мышц, поднимающих волос; 2) солитарные лейомиомы из тех же мышц; 3) солитарные лейомиомы половых органов и соска молочной железы; 4) солитарные ангиолейомиомы, возникающие из мышц венозных сосудов; 5) лейомиомы с дополнительными мезенхимальными элементами [2].

Чаще других встречаются множественные лейомиомы из мышц, поднимающих волос. Заболевание возникает в возрасте 20-40 лет, по частоте регистрации соотношение мужчины : женщины = 2 : 1 [3, 4]. Наряду с этим, имеются публикации о более частой выявляемости лейомиом и ангиолейомиом у женщин [5, 6], что Duhing и Ayer (1959) связывают с уровнем половых гормонов, указывая при этом на нередкое сочетание кожных поражений с лейомиомами матки [5]. Имеются неоднократные описания семейных случаев множественной лейомиомы кожи, при этом имеет место аутосомно-доминантный тип наследования, чаще у носителей HLA-B8 [3, 7].

Клинически – это мелкие округлые плотные дермальные узелки и узлы диаметром от 3 мм до 1,5 см с гладкой поверхностью, телесной или розовато-коричневой окраски. Эти узловатые высыпания могут располагаться сгруппировано или линейно на туловище, боковых поверхностях шеи или на разгибательных поверхностях конечностей [2, 3, 7, 8, 9]. Обычно заболевание начинается с появления небольшого солитарного узелка, который постепенно увеличивается в размерах до 1-2 см в диаметре и вначале он безболезненный. В дальнейшем на этом или другом месте появляются новые вторичные узелки, нередко формируя бляшку. Для множественных лейомиом из мышц, поднимающих волос, характерно появление или усиление болезненности при пальпации, механическом раздражении, трении одеждой, приступы болей могут провоцироваться эмоциональным стрессом и холодом [2, 3, 8, 9, 10]. Имеются наблюдения, когда приступы болей были очень сильными и сопровождались расширением зрачков и снижением артериального давления, побледнением кожи [11, 12]. Обнаружено, что болевые ощущения при множественной лейомиоме кожи обычно коррелируют с высокой пролиферативной активностью гладкомышечных клеток, слабо выраженной соединительно-тканной стромой и обильным сосудистым компонентом [9].

Солитарные лейомиомы из мышц, поднимающих волос, имеют такой же вид, как и отдельные множественные лейомиомы, но имеют более крупные размеры (до 2 см в диаметре и более), обычно локализуются на нижних конечностях [2, 3, 4]. Болезненность новообразования наблюдается в 50% случаев [13].

Е.И. Фадеева (2002) проанализировала 51 случай множественной лейомиомы кожи (15 собственных наблюдений и 36 случаев из 19 опубликованных работ) [9]. Констатировано, что соотношение мужчины : женщины было равно 1 : 1,8; возраст на момент обследования – 47 лет (от 20 до 74 лет); соотношение семейные множественные лейомиомы кожи : спорадические множественные лейомиомы кожи равно 1,3 : 1; возраст начала заболевания – 18 лет (от 11 до 54 лет; прогрессирование от начала заболевания – 3,5 года (от 1 до 24 лет); появление боли от начала заболевания – 7 лет (от 0 до 25 лет); унилатеральное : билатеральное поражение – 1 : 3,6. Автор отметила, что соотношение вариантов унилатерального и билатерального распространения при семейной форме составило 4/25, а при спорадической множественной лейомиоме кожи – 9/11 ($P = 0,035$). Поскольку множественная лейомиома кожи у большинства женщин сочеталась с лейомиомой матки Е.И.Фадеева (2002) предлагает рассматривать множественную лейомиому кожи как маркер высокого риска развития лейомиомы матки [9].

При гистологическом исследовании лейомиомы из мышц, поднимающих волос, опухолевый узел лейомиомы чётко отграничен от окружающей дермы и состоит из переплетающихся между собой нередко под прямым углом пучков гладкомышечных волокон, между которыми имеются узкие прослойки соединительной ткани [3, 9]. Большинство мышечных волокон располагается по диагонали к эпидермису, а в дерме между узлом опухоли и эпидермисом много расширенных кровеносных и лимфатических сосудов [2]. Отмечено, что количество гладкомышечных клеток, формирующих болезненные опухоли, намного больше, по сравнению с безболезненными элементами [9].

Диагноз пилолейомиомы базируется на клинической картине и требует гистологического подтверждения. Дифференциальный диагноз проводится с сиригомой, гидрокистой, фибросаркомой, нейрофибромой, лейомиосаркомой кожи, гломусной опухолью.

Медикаментозное лечение множественной пилолейомиомы не разработано и является симптоматическим, направлено на предотвращение болевого синдрома [2, 8, 9, 12]. С этой целью рекомендуют блокаторы кальциевых каналов в сочетании с α -адреноблокаторами (нифедипин внутрь по 10 мг 3 раза в сутки в течение 1 месяца, празозин внутрь длительно по 0,5 мг 3 раза в сутки). А.А. Каламкарян и соавторы (1978) отмечали клинический эффект после внутривенного введения проспирина по 0,1 г

ежедневно, на курс 3,0 г [3]. При ограниченных высыпаниях большинство авторов рекомендуют проводить хирургическое иссечение, разрушение опухолей криодеструкцией, методами электро- или лазерной коагуляции. Однако, по мнению ряда исследователей, криотерапия и электрокоагуляция малоэффективны [14, 15], после хирургического удаления множественных лейомиом по соседству с ранее удаленными могут появляться новые опухоли [2]. Несколько лучшие результаты наблюдали после СО₂-лазерной абляции [16]. Д.Д. Агакишев и соавторы (2006) сообщили об использовании гирудотерапии для лечения ангиолейомиомы у женщины 40 лет, что привело к стабилизации процесса на протяжении 2 лет и уменьшению болезненности [14].

Приводим наше наблюдение.

Больная Ш, 48 лет, обратилась в консультативный кабинет Республиканского центра дерматовенерологии с жалобами на болезненные высыпания на коже правого бедра, правого плеча, в области грудины и спины. Заболела в 1986 году, когда на наружной боковой поверхности правого бедра появился вначале один узелок около 1 см в диаметре, безболезненный, спустя несколько месяцев рядом появилось еще несколько подобных элементов. Они не беспокоили, и пациентка никуда не обращалась. Через 2 года больная отметила появление подобных высыпаний на правом плече, позже на спине под правой лопаткой. Где-то через 2-3 года узелки появились и в области грудины и в верхней части правой молочной железы. Высыпания в области очага на спине, который с каждым годом увеличивался, стали болезненными на пятом году от момента заболевания. Пациентка в эти годы (до 2013 г.) проживала на территории Российской Федерации, лечилась амбулаторно под разными диагнозами, принимала анальгетики, сосудорасширяющие препараты. Наружное лечение в основном включало аппликации стероидных кремов и мазей. Болезненность в области высыпаний на бедре, правом плече и грудины сформировалась значительно позже и даже в настоящее время, например, очаг на бедре больную почти не беспокоит, в то время как в области спины приступообразные боли часто бывают очень сильными. Плохо реагирует на холод – болезненность высыпаний усиливается. Никто из родственников подобным заболеванием не страдает. Сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия, хронический гастродуоденит.

При визуальном осмотре высыпания на коже были представлены единичными мелкими (4-12 мм в диаметре) опухолевидными узелками округлой формы, плотно-эластической консистенции, белесоватой окраски на боковой поверхности правого бедра, практически безболезненными при нежной пальпации. Один узел возвышался над поверхностью кожи на 3-4 мм. В области правого плеча и груди узелки были сгруппированы, в каждом очаге по 10-12 плотноватых на ощупь мономорфных высыпных

элементов округлой формы, размеры их колебались от 2 мм до 8 мм, бледно-розовой окраски. Они возвышались над уровнем окружающей кожи и были болезненными при надавливании. На коже спины под углом правой лопатки имеется крупная полосовидная инфильтрированная бляшка слегка серповидной формы, состоящая из множества сгруппированных узелков и мелких узлов плотноватой консистенции, различных размеров, розово-красного цвета местами с белесоватым или коричневатым оттенком (рисунок 1). Очаг очень болезненный даже без надавливания.

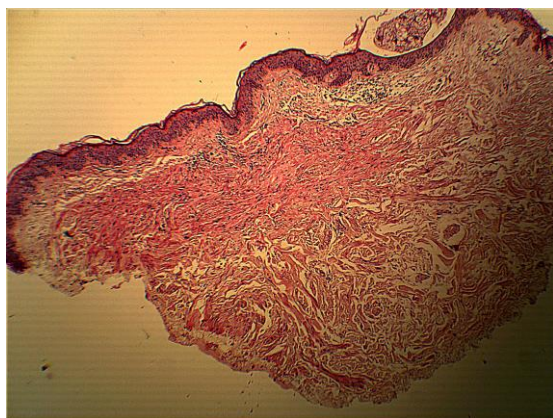


Рисунок 1 – Клинические проявления на коже спины

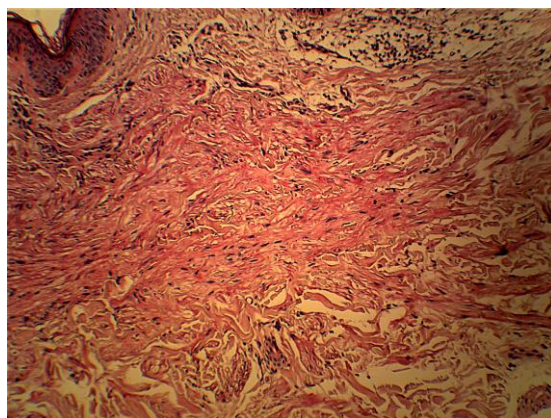
Всё вышеизложенное позволило предположить диагноз «Множественные лейомиомы кожи, развивающиеся из мышц, поднимающих волос», для уточнения диагноза была проведена диагностическая биопсия (рисунок 2_{А-Б}).

Гистологическая картина в полученном микропрепарате соответствует диагнозу лейомиомы, развившейся из мышц, поднимающих волос. На малом увеличении (рисунок 2_А) в дерме определяется образование, представленное относительно хорошо отграниченным узлом, состоящим из многочисленных пучков гладкомышечных волокон, переплетающихся в разных направлениях. В некоторых полях зрения образование не имеет четких границ, при этом гладкомышечные пучки, постепенно погружаясь в окружающую соединительную ткань, переплетаются с коллагеновыми волокнами, в некоторых срезах окружая фолликулярные структуры. При большем увеличении (рисунок 2_Б) новообразование состоит из однообразных перекрещивающихся пучков и неравномерных скоплений удлинённых клеток с ярко эозинофильной цитоплазмой и центрально расположенным, длинным, тонким, вытянутым, так называемым,

«сигарообразным» ядром с закругленными тупыми концами. Отдельные миоциты отличаются размерами ядер и насыщенностью их окраски, однако, очевидная митотическая активность в них отсутствует. В некоторых гладкомышечных клетках четко определяется парануклеарная вакуоль, содержащая гликоген. Вышележащий эпидермис изменен незначительно. Изменения при этом носят неспецифический характер: отмечаются слабовыраженные гиперкератоз, гидропическая дистрофия базального слоя эпидермиса с усилением его пигментации. Изменения в окружающей дерме, включая тонкую прослойку соединительной ткани между новообразованием и эпидермисом, также скудны и неспецифичны, и представлены незначительной периваскулярной лимфогистиоцитарной инфильтрацией.



А – увеличение $\times 64$



Б – увеличение $\times 160$

Рисунок 2 – Гистологическая картина биопсии очага на спине, окраска гематоксилином и эозином

С целью уменьшения болевого синдрома был назначен нифедипин внутрь по 10 мг 3 раза в сутки в течение 1 месяца и предложено оперативное удаление бляшки на спине.

Литература

1. Virchow R. // Arch. Pathol. Anat. – 1854. – Bd 6. – S. 553-554.
2. Дерматоонкология: под редакцией Галил-Оглы Г.А., Молочкова В.А., Сергеева Ю.В.. – М.: Медицина для всех. 2005. – С.776-786.
3. Каламкарян А.А., Самсонов В.А., Акимов В.Г. // Вестн. дерматол. и венерол. – 1978. – № 4. – С.46-50.
4. Добронравов В.Н. // Венерол и дерматол. – 1929. – № 10. – С. 38-47.
5. Duhing J.J., Ayer J.P. // Arch. Path. – 1959. – Vol. 689. – P. 424-430.
6. Mac Donald D.M., Sanderson K.V. // Brit. J. Derm. – 1974. – Vol. 91. – P. 1161-1168.

7. White L.E., Levy R.M., Alam M. Leiomyoma. In: Wolff K., Goldsmith L.A., Katz S.I., Gilchrest B.A., Paller A.S., Leffell D.J., editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 7th ed. – New York : McGraw-Hill 0, 2008. – P. 1172-1173.
8. Фадеева Е.И., Мордовцева В.В., Молочков А.В., Кряжева С.С. // Клин. дерматол. и венерол. – 2002. - № 1. С. 8-11.
9. Фадеева Е.И. Множественная лейомиома кожи: клинико-морфологические особенности: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 18 с.
10. Клиническая дерматовенерология в двух томах / под ред. Ю.К.Скрипкина и Ю.С.Бцутова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т.2. – С. 669-670.
11. Montgomery H., Winkelmann R.K. // Arch. Derm. – 1959. – Vol. 79. – P. 32-41.
12. Шеклакова М.Н., Каппушева И.А., Катунина О.Р. и др. // Вестн. дерматол. и венерол. – 2013. – № 2. – С. 62-66.
13. Hashisuga T., Hashimoto H., Enjoji M. // Cancer. – 1984. – Vol. 54. – P.126-130.
14. Агакишиев Д.Д., Гаджиева А.Т., Гусейнов Р.Р. // Вестн. последипломного мед. образования (Москва) – 2006. – № 3-4. – С. 36-37.
15. Holst V.A., Junkins-Hopkins J.M., Elenitsas R. // J. Am. Acad. Dermatol. – 2002. – Vol. 46. – P. 477-490.
16. Christenson L.J., Smith K., Arpey C.J. // Dermatol. Surg. – 2000. – Vol. 26. – P. 319-322.

Информация для контактов:

Панкратов Олег Валентинович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии БелМАПО.

ovpank@mail.ru

Тел. моб. +375297519658; тел. раб. (017) 3727440.