



Д.м.н., профессор
Л.Д. Калюзная



К.м.н.,
Л.В. Гречанская

Л.Д. Калюзная, д.м.н., профессор,
зав. кафедрой,

Л.В. Гречанская, к.м.н.

кафедра дерматовенерологии

Национальная медицинская академия последипломного
образования имени П.Л. Шупика

Значение патогистологического и иммуногистохимического исследований в дифференциальной диагностике лимфоцитарной инфильтрации Йесснера–Канофа

Термин «кожные псевдолимфомы» используют для описания заболеваний кожи, клинически и/или гистологически сходных с лимфомой. За многие годы в эту группу было включено множество нозологических единиц. Одни из них представляют собой устаревшие синонимы, другие обозначают варианты одного заболевания, а некоторые были ошибочно включены в эту группу и в настоящее время отнесены к истинным лимфомам [3, 7].

Псевдолимфомы кожи представляют собой группу доброкачественных лимфопролиферативных процессов реактивного характера локального или диссеминированного типа, которые могут разрешаться после удаления повреждающего агента или проведения неагрессивной терапии [2, 5].

Кожные псевдолимфомы – гетерогенная группа заболеваний кожи, характеризующаяся плотными лимфоидными инфильтратами, имитирующими различные кожные лимфомы. **Основные иммунологические типы:**

- смешанная популяция В- и Т-клеток (кожная лимфоидная гиперплазия, болезнь Кимуры, ангиолимфоидная гиперплазия с эозинофилией, болезнь Кастанельмана);
- Т-клеточная (грибовидный псевдомикоз, лимфоматоидный контактный дерматит, лимфоцитарная инфильтрация Йесснера–Канофа).

Происхождение большинства из них неизвестно, некоторые заболевания возникают вследствие локального или системного воздействия чужеродных антигенов [3, 6].

Т-клеточная псевдолимфома (син.: лимфоцитарная инфильтрация Йесснера–Канофа) встречается главным образом у взрослых мужчин, преимущественно на лбу и боковых частях лица, а также на шее, затылочной области, туловище и конечностях в виде отдельных или множественных очагов синюшно-красного или красно-коричневого цвета. Начинается заболевание с появления папул, которые, увеличиваясь за счет периферического роста, образуют четко отграниченные

бляшки с гладкой поверхностью. Заболевание отличается длительным течением, но вместе с тем склонно к спонтанному регрессу. Через несколько недель или месяцев высыпания исчезают бесследно, но могут появляться вновь на тех же или других местах [2, 3].

Этиология лимфоцитарной инфильтрации кожи неизвестна. По одним данным, это самостоятельное заболевание, по другим — является разновидностью красной волчанки. Связь этого заболевания с хронической красной волчанкой признается не всеми; реакция на свет, инфекцию, лекарственные препараты, укусы насекомых указывает на реактивный характер процесса [6, 7].

Патоморфология: эпидермис большей частью без особых изменений, в субпапиллярном и сетчатом слоях дермы отмечаются большие, часто четко отграниченные инфильтраты, состоящие из гистиоцитов, плазмацитов и малых лимфоцитов, имеющие тенденцию располагаться вокруг придатков кожи и сосудов [1, 4].

Дифференциальная диагностика проводится с хронической кожной красной волчанкой, полиморфными световыми высыпаниями, кожной лимфоидной гиперплазией, лимфоцитарной лимфомой и лейкоемией, глубокой фигурной эритемой, например с хронической мигрирующей эритемой, фациальной гранулемой и ретикулярным эритематозным муцинозом.

При дискоидной красной волчанке методом прямой иммунофлуоресценции можно обнаружить изменения эпидермиса, появление воспалительного компонента и волчаночных телец. Отечный вариант дискоидной красной волчанки определяют по большому количеству муцина в дерме и едва заметным изменениям на границе дермы и эпидермиса. Такие изменения для лимфоцитарной инфильтрации кожи не характерны.

При полиморфных световых высыпаниях, в отличие от лимфоцитарной инфильтрации, наблюдается отек сосочкового слоя дермы.

Узловой или диффузный дермальный лимфоидный инфильтрат при кожной лимфоидной гиперплазии намного плотнее, чем периваскулярный инфильтрат при лимфоцитарной инфильтрации Йесснера, при которой также отсутствуют В-клеточные фолликулы.

Для хорошо дифференцированной или малой лимфоцитарной лимфомы/лейкемии характерна В-клеточная моноклональность и периферический лимфоцитоз при лейкокемической форме заболевания. Все эти признаки отсутствуют при лимфоцитарной инфильтрации Йесснера.

Для хронической мигрирующей эритемы и некоторых случаев кожной лимфоидной гиперплазии характерно наличие серологических признаков боррелиоза, что при лимфоцитарной инфильтрации наблюдается редко.

Фациальная гранулема представлена нейтрофилами и эозинофилами, что не характерно для лимфоцитарной инфильтрации Йесснера.

Клинические проявления ретикулярного эритематозного муциноза характеризуются сетчатостью поражения с преимущественным расположением на туловище, но не на голове или шее [3, 6, 7].

Клинический случай

Пациент К., 76 лет, обратился на кафедру дерматовенерологии с жалобами на высыпания в области туловища.

Из анамнеза: болеет в течение нескольких месяцев, когда впервые появились высыпания на коже. Заболевание связывает с укусом насекомого в область шеи, после чего через некоторое время появились первые высыпания в области шеи, в последующем распространившиеся на верхнюю часть спины (рис. 1, а, б). Консультирован дерматовенерологом по месту жительства, установлен диагноз «Аллергический дерматит», были назначены антигистаминные препараты, топические глюкокортикостероиды, которые вводили внутрочагово. Проведенное лечение результатов не давало, что заставило больного обратиться за помощью на кафедру дерматовенерологии.

Анамнез жизни: в течение года перенес операцию по поводу доброкачественной опухоли легкого. Оперативное вмешательство перенес без осложнений, период реабилитации прошел очень быстро.

Общее состояние больного удовлетворительное. Изменения со стороны периферической крови, лимфатических узлов и внутренних органов отсутствуют.

Локальный статус: высыпания представлены инфильтрированными бляшками различных размеров, округлых или неправильных очертаний, с относительно четкими границами. Цвет высыпаний синюшно-красный. Поверхность некоторых бляшек гладкая, некоторые бляшки покрыты плотно сидящими чешуйками сероватого цвета. Высыпания локализируются на задней и боковых поверхностях шеи, спине.

После клинического осмотра пациента был установлен предварительный диагноз: «Т-клеточная лимфома кожи»; рекомендовано патогистологическое исследование биоптатов из патологических участков кожи.



а



б

Рис. 1. Лимфоцитарная инфильтрация Йесснера–Канофа у пациента К., 76 лет, до лечения

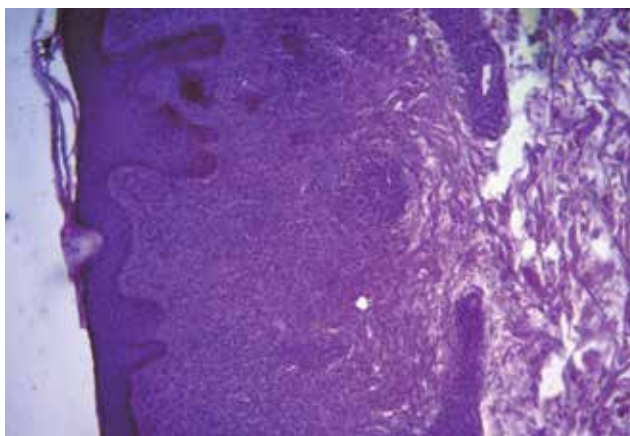


Рис. 2. Гистологическое исследование кожи у пациента К., 76 лет, лимфоцитарная инфильтрация Йесснера–Канофа (окраска гематоксилином и эозином, x10)



а



б

Рис. 3. Лимфоцитарная инфильтрация Йесснера–Канофа у пациента К., 76 лет, после проведенного лечения

Гистологическое заключение: в исследуемом материале в эпидермисе акантоз, в дерме периваскулярно и вокруг придатков кожи определяется ограниченный лимфоидный инфильтрат, представленный преимущественно зрелыми Т-лимфоцитами с большим количеством эозинофилов (рис. 2).

Для исключения диагноза Т-клеточной лимфомы рекомендовано проведение иммуногистохимического исследования.

Данные **иммуногистохимического исследования** выявили в инфильтрате маркеры CD3, CD4 и CD8 в большинстве клеток, в единичных клетках – маркеры CD5 и PAX5, Granzyme B в клетках инфильтрата отсутствует, маркер пролиферации Ki-67 – 10%.

Согласно результатам гистологического и иммуногистохимического исследования, данных, характерных для опухолевого процесса, нет. Имеет место Т-клеточная псевдолимфома.

Учитывая клинические данные, анамнез заболевания, данные гистологического и иммуногистохимического исследования, больному был установлен **диагноз:** «Лимфоцитарная инфильтрация Йесснера–Канофа».

Пациенту назначено **лечение:** далагил дважды в день в течение месяца и топические кортикостероиды 2 раза в день в течение 3 нед. Через 2 нед высыпания начали уменьшаться, а через месяц лечения инфильтрация и гиперемия исчезли, остались пятна с незначительным шелушением на поверхности в области шеи и спины (рис. 3, а, б).

Лечение пациент переносит без осложнений, состояние больного удовлетворительное, находится под наблюдением на кафедре дерматовенерологии.

Интерес представленного клинического случая связан с необходимостью проведения дифференциальной диагностики лимфом и псевдолимфом кожи, заболеваний, имеющих сходную клиническую и/или гистологическую картину.

Таким образом, дифференциальная диагностика такого редкого заболевания, как лимфоцитарная инфильтрация Йесснера–Канофа, требует детального анализа клинической картины и анамнеза заболевания, проведения гистологического и иммуногистохимического исследования биоптатов кожи.

Список литературы находится в редакции