

В.Д. Уржумов^{1,3}
В.В. Захаренко¹
А.А. Иванова²
И.В. Сорокина²
Е.Ю. Литвиненко²
М.С. Мирошниченко^{1,2}
А.С. Гурев³

¹ Коммунальное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница – Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф»

² Харьковский национальный медицинский университет

³ Военно-медицинский клинический центр Северного региона, Харьков

Надійшла: 16.02.2018

Прийнята: 13.03.2018

DOI: <https://doi.org/10.26641/1997-9665.2018.1.55-58>

УДК: 616.5-006.441-091.8

ЛИМФОЦИТОМА КОЖИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПАТОЛОГОАНАТОМА: КЛИ- НИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Morphologia. – 2018. – Т. 12, № 1. – С. 55-58.

© В.Д. Уржумов, В.В. Захаренко, А.А. Иванова, И.В. Сорокина, Е.Ю. Литвиненко, М.С. Мирошниченко, А.С. Гурев, 2018

✉ mmyroshnychenko@ukr.net

Urzhumov V.D., Zakharenko V.V., Ivanova A.O., Sorokina I.V., Lytvynenko E.Yu., Myroshnychenko M.S., Gurev A.S. Lymphocytoma of the skin in the pathologist practice: clinical-morphological analysis of the case from practice.

ABSTRACT. Background. Currently, lymphocytoma of the skin is not so rare, but it is still little known for doctors. According to the modern concepts the skin lymphocytoma is considered as a benign process, which is based on the reactive polyclonal lymphocytes proliferation, which arises in response to the action of various exogenous and endogenous factors.

Objective. To analyze the literature data about the skin lymphocytoma and to bring a clinical and morphological analysis of the case from practice of this pathology. **Methods.** The authors studied the patient's biopsy material. The microspecimens were stained with hematoxylin and eosin, as well as with picrofuxin by the van Gieson and studied using microscope «Olympus BX-41». **Results.** The authors noted that the analysis of clinical-anamnestic data and histological examination are important for the diagnosis of skin lymphocytoma. In the case from practice cited by the authors the cause of the skin lymphocytoma development was the constant antigenic stimulation of the immunogenic components that make up the paints that were used to perform the tattoo. **Conclusion.** The authors hope that the observation from practice of skin lymphocytoma will be interesting and useful not only for dermatologists and pathologists, but also for physicians of other specialties.

Key words: lymphocytoma, tattoo, clinical and morphological analysis.

Citation:

Urzhumov VD, Zakharenko VV, Ivanova AO, Sorokina IV, Lytvynenko EYu, Myroshnychenko MS, Gurev AS. [Lymphocytoma of the skin in the pathologist practice: clinical-morphological analysis of the case from practice]. *Morphologia.* 2018;12(1):55-8. Russian.

Кожные псевдолимфомы (лимфоцитомы) представляют собой гетерогенную группу заболеваний кожи, характеризующихся плотными лимфоидными инфильтратами, имитирующими различные кожные лимфомы [1]. Термин «псевдолимфома кожи» был предложен в 1966 году J. Numan и S. Sommers [2].

В зависимости от типа лимфоцитов, образующих инфильтрат, различают Т-клеточные и В-клеточные псевдолимфомы. Т-клеточные псевдолимфомы кожи представляют собой обширную и разнообразную группу заболеваний, в которую входят лимфоцитарная инфильтрация

Йесснера-Канофа, лимфоматоидный папулез, актинический ретикулоид и истинная псевдолимфома. Группа В-клеточных псевдолимфом кожи более однородна и, по сути, представлена лимфоцитомой кожи [3], которая в литературе описана под разными названиями: доброкачественная лимфоплазия кожи, доброкачественный лимфаденоз кожи Бефверстедта, лимфоцитарная лимфома, саркоид Шпиглера-Фендта [2].

В 1984 году E. Spigler, а в 1900 году H. Fendt выделили лимфоцитому кожи в самостоятельную нозологическую единицу – так называемый «саркоматоз». Ученые подчеркивали несоответ-

ствии между доброкачественным течением и гистологической картиной этого поражения кожи, которое имитировало истинную саркому [4].

Лимфоцитомы кожи обычно развивается преимущественно у мужчин (в 2 раза чаще, чем у женщин) европеоидной расы (в 9 раз чаще, чем у негроидной), в возрасте от 30 до 40 лет [5].

По современным представлениям лимфоцитомы кожи рассматривается как доброкачественный процесс, в основе которого лежит реактивная поликлональная пролиферация лимфоцитов, возникающая в ответ на действие различных экзогенных и эндогенных факторов [2]. Частыми причинами возникновения лимфоцитомы кожи являются различные травмы кожи (давление либо трение при ношении очков, татуировки, иглоукалывание, силиконовые импланты, сережки, пирсинг), укусы насекомых, ужаливание и инвазии пиявок, членистоногих, инфекции (болезнь Лайма, опоясывающий и рецидивирующий герпес, лейшмания, вирус контагиозного моллюска, вирус иммунодефицита человека) [5; 6]. Факторами для развития лимфоцитомы кожи также могут быть лекарственные препараты: противосудорожные, нейролептики, гипотензивные, цитотоксические, противоревматические, антибиотики, антидепрессанты, анксиолитики, антиаритмические, гиполипидемические [2]. Реже причинами развития лимфоцитом служат эндогенные факторы: злокачественные новообразования внутренних органов и заболевания желудочно-кишечного тракта. При неизвестной этиологии лимфоцитомы кожи рассматривают как идиопатическую [3]. Ряд ученых к патогенным факторам, приводящих к развитию лимфоцитомы кожи, относят бесконтрольный прием различных биологически активных добавок к пищевым продуктам, употребление алкоголя (особенно красного вина), выбросы химически активных веществ в окружающую среду (бензина, керосина, фотореактивов, ароматических масел) [7].

Клинически выделяют две формы лимфоцитомы: нодулярную (70 % случаев) и диффузную. Для первого типа характерно появление одного либо нескольких безболезненных узелков, либо бляшек с четкими границами, до 2 см в диаметре, от красноватого до красновато-синюшного цвета. Диффузная форма характеризуется наличием множественных очагов, которые имеют вид папулезных, мелких, бляшечных или узловатых инфильтратов серо-розового либо серо-синюшного цвета. Форма их может быть сферической либо же уплощенной, тестоватой консистенции, поверхность, как правило, гладкая, блестящая, шелушения встречаются крайне редко [5]. Типичная локализация – область лица, мочки ушей, молочные железы, пупок, верхние конечности, половые органы [5]. Описаны и другие локализации, в том числе на слизистой оболочке полости рта [4].

Процесс носит асимметричный характер, очаги существуют длительно (от 1-2 месяцев до нескольких лет) и склонны как к спонтанному регрессу, так и рецидивирующему течению [5]. Описаны случаи трансформации лимфоцитомы кожи в В-клеточную лимфому [6].

В настоящее время лимфоцитомы кожи не такая большая редкость, но практикующим врачам она по-прежнему мало известна. Спектр заболеваний, которые необходимо дифференцировать от лимфоцитомы кожи широк и включает лимфому кожи, туберкулезную волчанку, лейкемиды, саркоидоз, эозинофильную гранулему лица, лимфоцитарную инфильтрацию Джесснера-Канофа, папулезные сифилиды при вторичном сифилисе и др. [6].

Приводим клинико-морфологический анализ собственного случая из практики лимфоцитомы кожи. В патологоанатомическое отделение Военно-медицинского центра Северного региона 18.01.2018 года был доставлен операционный материал больного М., 20 лет, с клиническим диагнозом «гемангиома левого предплечья». Из анамнеза известно, что больной М. за шесть месяцев до поступления в клинику сделал себе татуировку на левом предплечье, в области которой через 2 месяца появилось опухолевидное образование, которое увеличивалось в размерах с течением времени. При макроскопическом исследовании определялось два фрагмента ткани беловато-сероватого, местами буроватого цвета, плотной консистенции, размерами 1,3×0,8×0,6 см и 1,0×0,6×0,5 см. При микроскопическом исследовании присланных фрагментов ткани было выявлено строение кожи, представленной эпидермисом и дермой. Эпидермис местами образовывал акантоэтические врастания в сосочковый слой дермы. В сосочковом и сетчатом слоях дермы определялся инфильтрат (рис. 1, 2), который местами четко был отделен от эпидермиса слоем сосочкового слоя дермы (зоной Гренца), а местами прилежал к эпидермису и состоял из лимфоцитов и гистиоцитов (рис. 3). Вышеуказанные клеточные элементы располагались либо беспорядочно, либо в форме фолликулов, строение которых напоминало фолликулы лимфатического узла (гистиоциты в центре инфильтрата, лимфоциты вокруг них в виде периферического валика). Местами инфильтрат, состоящий из лимфоцитов и гистиоцитов, определялся вокруг сосудов и придатков кожи. Интересно то, что в области описанной инфильтрации было выявлено разрежение структур придатков кожи.

Гистологическое исследование операционного материала позволило диагностировать лимфоцитомы кожи. В данном случае развитие лимфоцитомы кожи обусловлено постоянной антигенной стимуляцией иммуногенных компонентов, входящих в состав красок, которые используют для выполнения татуировок.

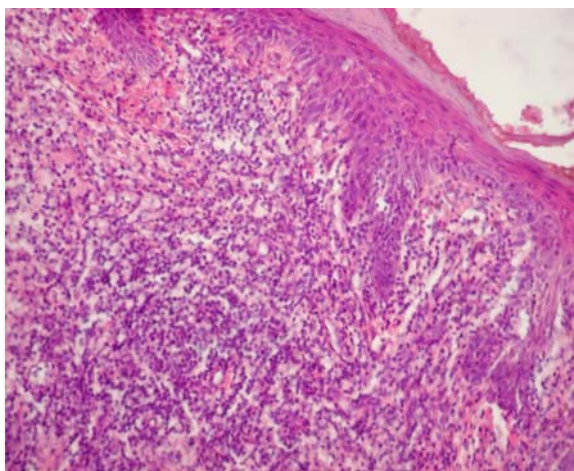


Рис. 1. Строение лимфоцитомы кожи. Окраска гематоксилином и эозином. ×200.

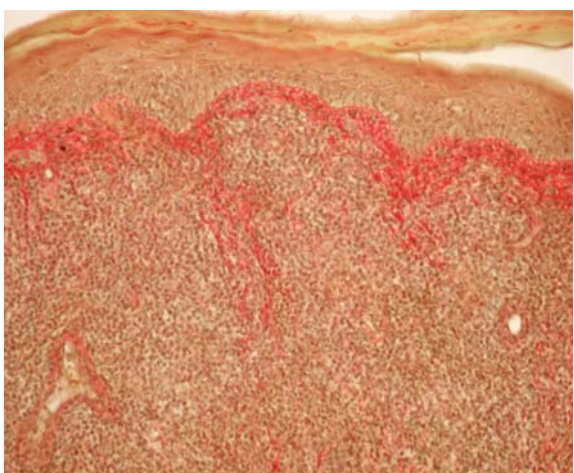


Рис. 2. Строение лимфоцитомы кожи. Окраска пикрофуксином по ван Гизону. ×200.

Возникновение осложнений после нанесения татуировки, как известно, является довольно распространенным явлением. К ним относятся дерматиты, фотодерматиты, лихеноидная или псевдоматозная реакция, инфекционно-воспалительные процессы, обострение хронических кожных заболеваний, формирование новообразований. Пигменты краски выполняют роль стимулирующего антигена, который определяет пролиферацию лимфоцитов. Сильное провоцирующее влияние оказывает парафенилдиамин, который добавляют в пигменты для получения

различных оттенков черного и коричневого цвета. Красные чернила статистически чаще провоцируют развитие отсроченных осложнений, включая гранулематозное воспаление, псевдолимфомы и васкулиты [8]. На черные пигменты аллергические реакции не развиваются, однако ученые рассматривают их возможное участие в канцерогенезе. Наиболее опасны красные пигменты из-за включения в них различных металлов (алюминий, железо, кальций, ртуть, кадмий). Желтые, зеленые, синие красители провоцируют аллергические реакции, дерматиты и фотодерматиты [9].

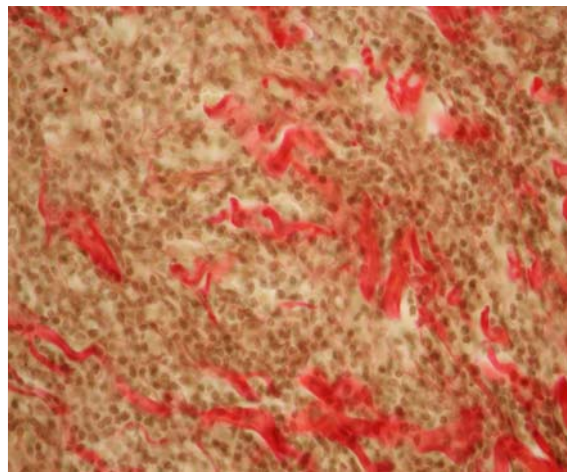


Рис. 3. Строение лимфоцитомы кожи. Окраска пикрофуксином по ван Гизону. ×400.

Таким образом, проведенный нами анализ данных литературы, наблюдение из собственной практики демонстрируют нередкое в современном мире развитие лимфоцитомы кожи у человека, в возникновении которой могут иметь значение различные патогенные факторы. Для диагностики лимфоцитомы кожи важное значение играют клиничко-анамнестические данные и гистологическое исследование. В нашем случае развитие лимфоцитомы кожи обусловлено постоянной антигенной стимуляцией иммуногенных компонентов, входящих в состав красок, которые были использованы для выполнения татуировки. Надеемся, что данное наблюдение будет интересно и полезно не только дерматологам и патологоанатомам, но и врачам других специальностей.

Литературные источники References

1. Kalyuzhnaya LD, Grechanskaya LV. [Role of pathophysiological and immunohistochemical studies in the differential diagnosis of Jessner-Kanof lymphocytic infiltration]. *Clinical Immunology. Allergology. Infectology (special issue)*. 2014;1:54–6.

Russian.

2. Teplyuk NP, Belousova TA, Grabovskaya OV, Nikuradze VO. [Benign cutaneous lymphoplasia: diagnosis and treatment]. *Dermatology (appendix to the journal Consilium Medicum)*.

2017;2:40–3. Russian.

3. Potekayev NS, Olisova OY, Galil-Ogly GA. [Diagnosis of true cutaneous pseudolymphoma]. International Medical Journal. 2003;2:117–20. Russian.

4. Lamotkin IA. Onkodermatologiya: atlas [Onkodermatology: atlas]. Moscow: Knowledge Laboratory; 2017. 881 p. Russian.

5. Snarskaya ES, Romashkin AS. [Benign cutaneous lymphadenosis and chronic infection]. Russian Journal of Skin and Sexually Transmitted Diseases. 2015;3:4–6. Russian.

6. Olisova OY, Teplyuk NP, Garanyan LG, Pyatilova PM. [Benign cutaneous lymphoplasia developing at the site of tattoo]. Russian Journal of

Skin and Sexually Transmitted Diseases. 2015;2:23–6. Russian.

7. Potekayev NS, Olisova OY, Pliyeva LR. [A case of genuine cutaneous pseudolymphoma]. Clinical dermatology and venerology. 2013;5:56–9. Russian.

8. Kasikhina EI, Abalyan SA. [Bacterial complications in cosmetic practice: treatment and prevention]. Dermatology (appendix to the journal Consilium Medicum). 2016;2:10–5. Russian.

9. Bakurov EV. [Lichenoid reaction of the skin provoked by tattoo]. Russian Journal of Skin and Sexually Transmitted Diseases. 2013;5:43–5. Russian.

Уржумов В.Д., Захаренко В.В., Иванова А.О., Сорокіна І.В., Литвиненко О.Ю., Мирошніченко М.С., Гурев А.С. Лімфоцитома шкіри в практиці лікаря-патологоанатома: клініко-морфологічний аналіз випадку з практики.

Реферат. В даний час лімфоцитома шкіри є не такою великою рідкістю, однак лікарям вона, як і раніше, мало відома. У статті авторами проведено аналіз даних літератури і описаний випадок спостереження з практики лімфоцитоми шкіри. За сучасними уявленнями лімфоцитома шкіри розглядається як доброякісний процес, в основі якого лежить реактивна поліклональна проліферація лімфоцитів, що виникає у відповідь на дію різних екзогенних та ендогенних факторів. У наведеному авторами випадку з практики причиною розвитку лімфоцитоми шкіри було раніше виконане татуювання. Зокрема, в сосочковому і сітчастому шарах дерми визначався інфільтрат, який місцями чітко був відділений від епідермісу шаром сосочкового шару дерми (зоною Гренза), а місцями прилягав до епідермісу і складався з лімфоцитів і гістіоцитів. Вищевказані клітинні елементи розташовувалися або безладно, або в формі фолікулів, будова яких нагадувала фолікули лімфатичного вузла (гістіоцити в центрі інфільтрату, лімфоцити навколо них у вигляді периферичного валика). Місцями інфільтрат, що складається з лімфоцитів і гістіоцитів, визначався навколо судин і придатків шкіри. Цікаво те, що в області описаної інфільтрації було виявлено розрідження структур придатків шкіри. В даному випадку розвиток лімфоцитоми шкіри обумовлено, швидше за все, постійною антигенною стимуляцією імуногенних компонентів, що входять до складу фарб, які використовують для виконання татуювань.

Ключові слова: лімфоцитома, татуювання, клініко-морфологічний аналіз.

Уржумов В.Д., Захаренко В.В., Иванова А.А., Сорокина И.В., Литвиненко Е.Ю., Мирошниченко М.С., Гурев А.С. Лимфоцитома кожи в практике врача-патологоанатома: клинико-морфологический анализ случая из практики.

Реферат. В настоящее время лимфоцитома кожи является не такой большой редкостью, однако практикующим врачам она по-прежнему мало известна. В статье авторами проведен анализ данных литературы и описан случай наблюдения из практики лимфоцитомы кожи. По современным представлениям, лимфоцитома кожи рассматривается как доброкачественный процесс, в основе которого лежит реактивная поликлональная пролиферация лимфоцитов, возникающая в ответ на действие различных экзогенных и эндогенных факторов. В приведенном авторами случае из практики причиной развития лимфоцитомы кожи явилась ранее выполненная татуировка. В частности, в сосочковом и сетчатом слоях дермы определялся инфильтрат, который местами четко был отделен от эпидермиса слоем сосочкового слоя дермы (зоной Гренза), а местами прилежал к эпидермису и состоял из лимфоцитов и гистиоцитов. Вышеуказанные клеточные элементы располагались либо беспорядочно, либо в форме фолликулов, строение которых напоминало фолликулы лимфатического узла (гистиоциты в центре инфильтрата, лимфоциты вокруг них в виде периферического валика). Местами инфильтрат, состоящий из лимфоцитов и гистиоцитов, определялся вокруг сосудов и придатков кожи. Интересно то, что в области описанной инфильтрации было выявлено разрежение структур придатков кожи. В данном случае развитие лимфоцитомы кожи обусловлено, скорее всего, постоянной антигенной стимуляцией иммуногенных компонентов, входящих в состав красок, которые используются для выполнения татуировок.

Ключевые слова: лимфоцитома, татуировка, клинико-морфологический анализ.