

Дерматоскопическая диагностика дерматофибром

М.В. Жучков✉

ГБУ РО Областной клинический кожно-венерологический диспансер. 390046, Россия, Рязань, ул. Спортивная, д. 9;
МОО Общество специалистов доказательной медицины. 127238, Москва, Дмитровское шоссе, д. 46, корп. 2;
ООО Российское общество дерматовенерологов и косметологов. 107076, Россия, Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6;

В работе обсуждаются клинические и дерматоскопические аспекты диагностики одной из наиболее распространенных опухолей кожи – дерматофибром. Приводятся и анализируются личные наблюдения автора, а также обзорные данные периодической литературы.

Ключевые слова: дерматофиброма, дерматоскопия, модифицированный анализ паттерна Киттлера.

✉misha.juchkov@gmail.com

Для цитирования: Жучков М.В. Дерматоскопическая диагностика дерматофибром. Consilium Medicum. Дерматология (Прил.). 2016; 1: 39–43.

Dermatoscopic diagnosis of dermatofibroma

M.V. Zhuchkov✉

Ryazan State Regional Dermato-Venerological Clinic. 390046, Russian Federation, Ryazan, ul. Sportivnaia, d. 9;
Russian Society for Evidence Based Medicine. 127238, Moscow, sh. Dmitrovskoe, d. 46, k. 2;
Russian Society of Dermatovenerologists and Cosmetologists. 107076, Russian Federation, Moscow, ul. Korolenko, d. 3, str. 6;

This article discusses clinical and dermatoscopic aspects of diagnosis one of the most common skin tumors – dermatofibroma. Are analyzed personal observations of the author, as well as periodic data review of literature.

Key words: dermatofibroma, dermatoscopy, a modified analysis of the pattern of Kittler.

✉misha.juchkov@gmail.com

For citation: Zhuchkov M.V. Dermatoscopic diagnosis of dermatofibroma. Consilium Medicum. Dermatology (Suppl.). 2016; 1: 39–43.

Дерматофиброма, или, что, вероятно, более корректно, кожная доброкачественная фиброзная гистиоцитома, является одной из самых распространенных мезенхимальных гамартом кожи. Основным этиологическим фактором, определяющим появление этой опухоли, считается микротравма данного участка кожного покрова [1]. Эти данные в определенной степени подтверждает и опыт нашего учреждения. Так, при проведении специально спланированного исследования было выявлено, что за последние 5 лет среди 1658 пациентов с диагнозом «дерматофиброма», обратившихся за специализированной дерматовенерологической медицинской помощью, 58,7% отмечали, что за несколько лет до появления опухоли именно в этом месте был тот или иной эпизод травмирования поверхности кожи. Однако относительно недавно были выявлены некоторые хромосомные аномалии в геноме клеток дерматофибром, позволяющие предполагать неопластическую, а не реактивную природу опухоли [2].

Клиническая диагностика дерматофибром у абсолютного большинства пациентов крайне проста. Дерматофиброма представляет собой плотную, подвижную, полушаровидную папулу коричневого цвета с оттенками розового, красного, телесного и желтого цветов, располагающуюся чаще в области голеней у женщин [3] (рис. 1). У мужчин встречается реже. Средний возраст появления дерматофибром сильно варьирует, однако большинство опухолей появляется в возрасте от 20 до 30 лет. Дерматофиброма редко превышает размер в 1–1,5 см и крайне редко располагается на лице, ладонях и подошвах. Являясь мезенхимальной опухолью, при надавливании с двух противоположных сторон дерматофиброма демонстрирует весьма чувствительный и специфичный для себя симптом «ямки», представленный ниже (рис. 2).

В случае типичной визуальной картины экзофитного плотного папулезного элемента новообразования



Рис. 1. Дерматофиброма кожи.



Рис. 2. Дерматофиброма кожи: симптом «ямки».

диагностика дерматофибром строится исключительно на клинических критериях. Но в случае отступления от указанных внешних проявлений опухоли ее диффе-

рениальная диагностика с меланоцитарными образованиями кожи становится весьма затруднительной, а зачастую невозможной. В этих случаях незаменимым помощником практикующего врача-дерматоонколога является дерматоскопия.

Современная история «осознанного» изучения дерматоскопических особенностей дерматофибром берет свое начало с классической исследовательской работы P.Zaballos, опубликованной в 2008 г. [4]. Эта работа без преувеличения стала отправной точкой в дальнейшем изучении дерматоскопических стигм дерматофибром.

Изучение дерматоскопических особенностей дерматофибром, равно как и изучение других опухолей кожи, идет в настоящее время по пути от «метафорического языка дерматоскопии» к модифицированному анализу паттерна Киттлера. «Метафорический язык» подразумевает использование при описании дерматоскопических изображений легко запоминающихся, зачастую абстрактных клише, характерных для тех или иных опухолей кожи. Так, наиболее часто употребляемым в зарубежной и отечественной литературе «метафорическим» термином, характеризующим дерматоскопическую картину дерматофибром, является «central white patch» («центральное белое пятно»). Не углубляясь в вопросы критического анализа такой терминологии, спешим обратить внимание на два момента. Во-первых, наличие «белого пятна» именно в центре дерматоскопического изображения не является облигатным признаком дерматофибром. А во-вторых, данная формулировка не отражает всего разнообразия дерматоскопических изображений при дерматофибромах разных локализаций. Именно поэтому для потребностей настоящей статьи и описания наиболее распространенных дерматоскопических стереотипов дерматофибром в дальнейшем мы будем использовать только модифицированный анализ паттерна Киттлера.

Модифицированный анализ паттерна подразумевает использование при оценке дерматоскопических изображений простых, понятных и, что самое важное, легко интерпретируемых терминов. При анализе любого меланоцитарного и немеланоцитарного новообразования применяется только 6 таких терминов: «линия», «точка», «круг», «псевдоподия», «комок» или «глобула» и «бесструктурная зона». Под линией модифицированный анализ паттерна подразумевает не прерывающийся на определенном расстоянии двумерный объект, имеющий одно направление, в котором длина намного больше его ширины. Точкой называют двумерный объект крайне маленьких размеров, не позволяющих судить (с помощью стандартного дерматоскопа) о какой-либо другой его форме, кроме как о круглой. Кругом в дерматоскопической картине новообразования называют изогнутую в кольцо или полукольцо линию, имеющую примерно равное удаление от центра этого круга. Псевдоподия – это единственный из 6 элементов анализа паттерна Киттлера, который перекочевал из «метафорического языка» дерматоскопии и остался без изменений. Псевдоподия – это линия с одним колбовидным окончанием. Термин «комок» (англ. clod) был предложен редактором русскоязычной версии перевода известного издания Гарольда Киттлера «Дерматоскопия» – выдающимся специалистом-дерматоонкологом Гданьского медицинского университета, представляющего Квинслендский университет (Австралия), Агатой Булиньска. Не вдаваясь в лингвистические нюансы перевода, спешим заметить, что термин «комок» хоть и непривычен большинству российских специалистов в области дерматоскопии, но является, по мнению авторов настоящей статьи, наиболее точным.



Рис. 3. Дерматофиброма кожи (клиническое изображение).

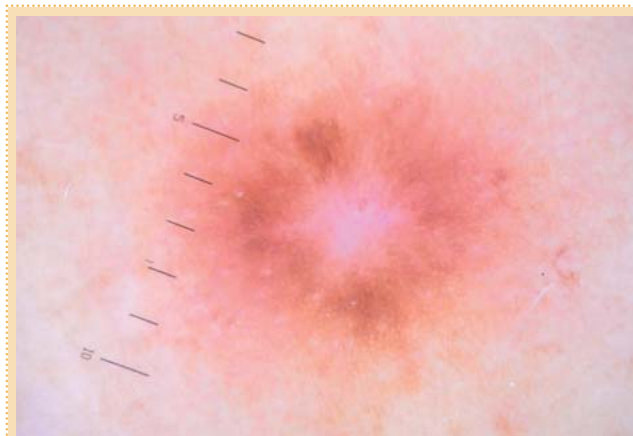


Рис. 4. Дерматофиброма кожи (дерматоскопическое изображение).



Рис. 5. Дерматофиброма кожи (клиническое изображение).

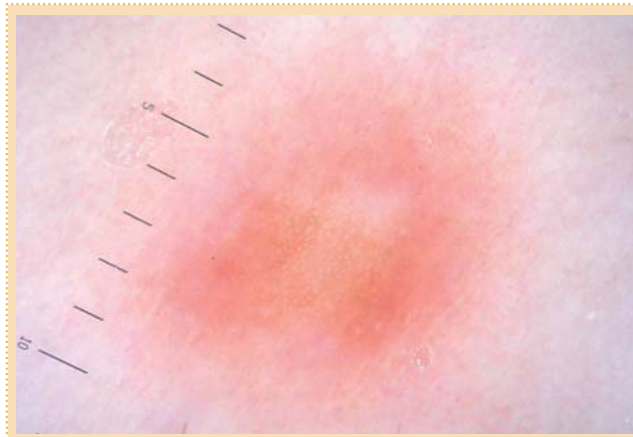


Рис. 6. Дерматофиброма кожи (дерматоскопическое изображение).

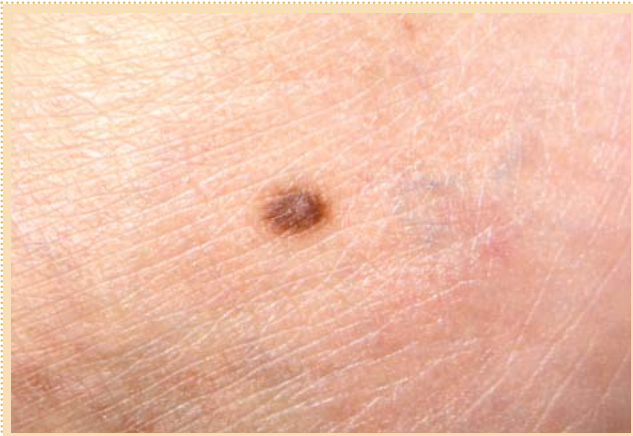


Рис. 7. Дерматофиброма кожи (клиническое изображение).



Рис. 11. Дерматофиброма кожи (клиническое изображение).

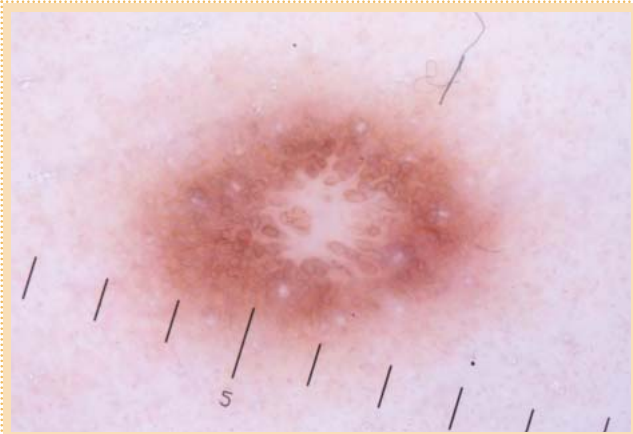


Рис. 8. Дерматофиброма кожи (дерматоскопическое изображение).

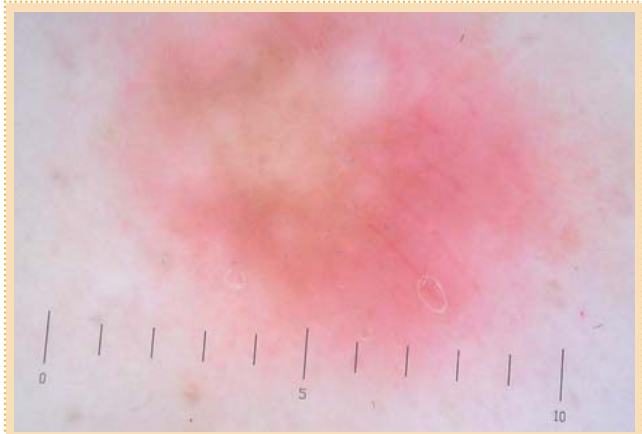


Рис. 12. Дерматофиброма кожи (дерматоскопическое изображение).



Рис. 9. Дерматофиброма кожи (клиническое изображение).



Рис. 13. Инфестация клещом.

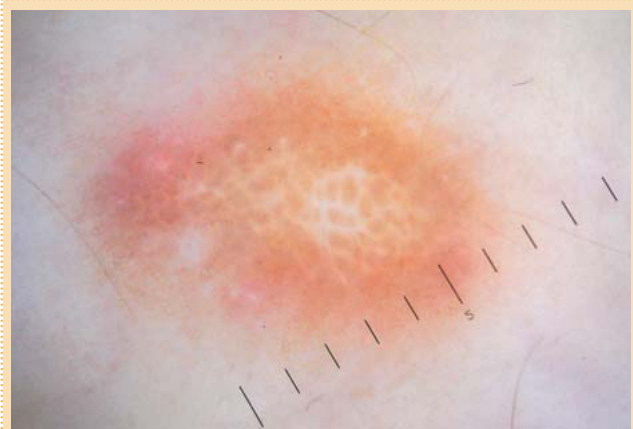


Рис. 10. Дерматофиброма кожи (дерматоскопическое изображение).



Рис. 14. Инфестация клещом (дерматоскопическое изображение).

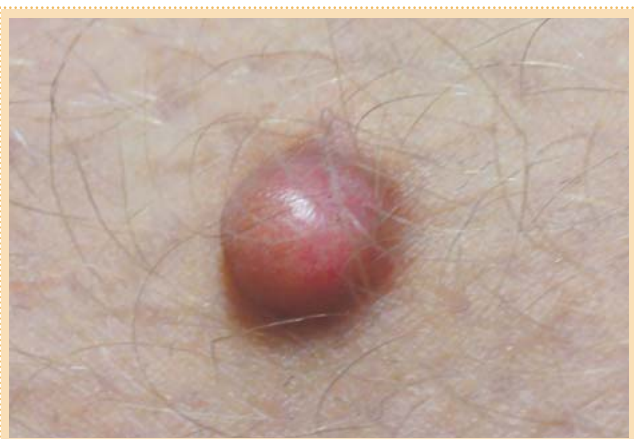


Рис. 15. Беспигментная меланома кожи (клиническое изображение).

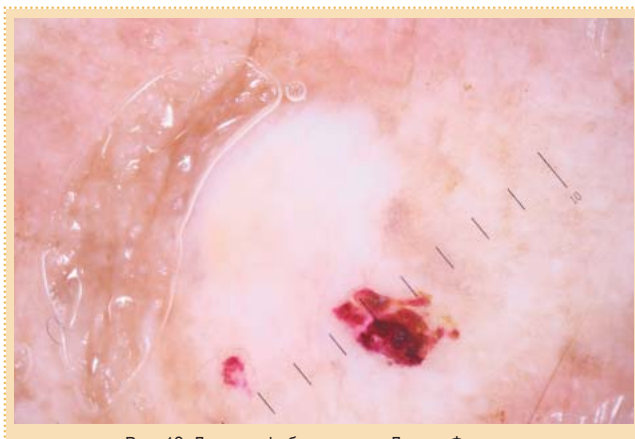


Рис. 19. Дерматофибросаркома Дарье–Феррана (дерматоскопическое изображение).

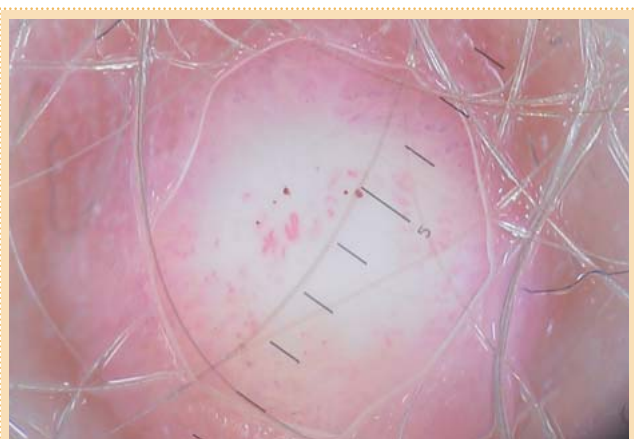


Рис. 16. Беспигментная меланома кожи (дерматоскопическое изображение).



Рис. 17. Дерматофибросаркома Дарье–Феррана (клиническое изображение).



Рис. 18. Дерматофибросаркома Дарье–Феррана (симптом «ямки»).

Каждый из перечисленных элементов модифицированного анализа паттерна составляет свой «паттерн линий», «паттерн комков» и др. Последним элементом анализа паттерна Киттлера является так называемая «бесструктурная зона». Это зона, основной характеристикой которой является отсутствие какого-либо дерматоскопического элемента или недостаточное его количество в этой области, чтобы сформировать свой специфический паттерн.

Наиболее характерная дерматоскопическая картина дерматофибромы складывается из тонких ретикулярных коричневых линий по периферии очага и белой бесструктурной области в центре опухоли (рис. 3, 4). Под ретикулярными линиями понимаются прямые линии, пересекающие друг друга примерно под прямым углом и формирующие при этом примерно равные отрезки, создавая таким образом структуру, похожую на сеть (рис. 5, 6). Весьма важным является в дерматоскопической картине дерматофибромы принципиальное отсутствие толстых ретикулярных линий – они всегда тонкие. Под тонкими ретикулярными линиями на языке модифицированного анализа паттерна Киттлера понимают линии, пересекающиеся под прямым углом, ширина которых меньше образуемых ими «ячеек».

Частой заменой периферических ретикулярных линий являются расположенные там же множественные крути (рис. 7, 8). К редким же эквивалентам ретикулярных линий на дерматоскопическом изображении дерматофибромы относятся радиальные линии, занимающие всю периферию образования.

Аналогом центральной бесструктурной зоны могут быть белые толстые ретикулярные линии в центре дерматофибромы (рис. 9, 10).

Часто центральный бесструктурный участок фактически отсутствует, а вместо него определяются немногочисленные эксцентрические бесструктурные белые зоны по периферии (рис. 11, 12).

Патогистологическими коррелятами тонких ретикулярных линий в дерматофибромах являются пигментированные эпидермальные кератиноциты, расположенные между сосочков дермы. Гистологическим отражением центральных белых бесструктурных зон или белых линий является фиброз ретикулярной дермы.

Дифференциальный клинико-дерматоскопический диагноз дерматофибромы у абсолютного большинства пациентов весьма прост. Дифференциально-диагностические трудности, как показывает опыт работы нашего учреждения, возникают при установлении данного диагноза в основном у врачей – не дерматологов. Так, например, пациентка К. была направлена в наш диспансер врачом общей практики с диагнозом «дерматофиброма». Анамнестически «новообразование плотной конси-

стенции» существует на протяжении последнего месяца и, со слов пациентки, «появилось после травмы». Клинически и дерматоскопически диагноз очевиден: инфестация клещом рода *Demascantor reticulatus* (рис. 13, 14).

Больной Н. 61 года направлен в наше учреждение для дерматоскопического уточнения диагноза «дерматофиброма». Опухоль существует на протяжении последнего года, постепенно увеличиваясь в размерах. Эффективно симптом «ямки» не воспроизводится, опухоль «поднимается» вместе со складкой. Дерматоскопически ретикулярных коричневых тонких линий и/или кругов не определяется. Паттерн образования бесструктурный белый, но при слабом надавливании платой дерматоскопа определяется значительный полиморфизм сосудов («петлеобразные», короткие линейные, в виде точек и клубочков, единичные извитые); рис. 15, 16. После проведения эксцизионной биопсии с патогистологическим исследованием дерматоскопическое предположение о беспигментной меланоме было подтверждено морфологически.

Действительно сложным, по нашему мнению, является дифференциальный диагноз дерматофибромы с дерматофибросаркомой Дарье–Феррана. Пациент Т. 51 года был направлен в наше учреждение врачом-дерматологом для дерматоскопического подтверждения диагноза дерматофибромы. Анамнестически опухоль существует несколько месяцев и медленно, но непрерывно увеличивается в размерах. Клинически очаг, за исключением размера и двух участков эрозирования, неотличим от дерматофибромы (рис. 17). Симптом «ямки» воспроизводится (рис. 18). Дерматоскопи-

чески определяется белый бесструктурный паттерн с двумя участками геморрагических круст, соответствующих эрозивно-язвенным участкам на поверхности опухоли (рис. 19). Учитывая нетипичную для дерматофибромы клинико-дерматоскопическую картину, было принято решение произвести эксцизию опухоли в пределах здоровой ткани. Дерматоскопическое предположение о дерматофибросаркоме было подтверждено морфологически.

Таким образом, после произведенного анализа 12 дерматоскопических изображений опухолей Дарье–Феррана мы пришли к выводу, что суррогатные, но в то же время относительно достоверные дерматоскопические критерии дерматофибросаркомы Дарье–Феррана таковы:

- 1) отсутствие коричневых кругов и/или тонких ретикулярных линий на периферии;
- 2) белая бесструктурная область занимает более 90% площади дерматоскопического изображения опухоли;
- 3) появление дерматоскопических признаков эрозивно-язвенных дефектов опухоли (красные, желто-оранжевые комки – геморрагические или трансудативные крусты на поверхности опухоли).

У 10 из 12 проанализированных нами за последние 5 лет пациентов с дерматофибросаркомой имелись все 3 указанных признака и только у 2 пациентов – первые 2 из 3 признаков.

Таким образом, при наличии соответствующих навыков в области дерматоскопии врач-дерматолог всегда сможет с высокой долей вероятности установить диагноз дерматофибромы.

Литература/References

1. Kamino H et al. Dermatofibroma. A benign cutaneous, plaque-like proliferation of fibroblasts and myofibroblasts in young adults. *J Cutan Pathol* 1992; 19: 85.
2. Zaccaria E, Rebori A, Rongioletti F. Multiple eruptive dermatofibromas and immunosuppression: Report of two cases and review of the literature. *Int J Dermatol* 2008; 47: 723.
3. Chen TC, Kuo T, Chan HL. Dermatofibroma is a clonal proliferative disease. *J Cutan Pathol* 2000; 27: 36.
4. Zaballos P, Puig S, Liembrich A et al. Dermoscopy of dermatofibromas: a prospective morphological study of 412 cases. *Arch Dermatol* 2008; 144 (1): 75–83.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Жучков Михаил Валерьевич – зам. гл. врача ГБУ РО ОКВД по организационно-методической и научной работе, председатель Рязанского регионального отделения МОО ОСДМ, член правления РРО ООО РОДВК.
E-mail: misha.juchkov@gmail.com