

Невус Рида: вопросы дерматоскопического диагноза

М.В.Жучков^{✉1,2}, Е.Е.Большакова¹, Д.Б.Сонин¹,
С.А.Исаков², Е.Е.Жильцова², Т.Д.Масиянская²
¹ГБУ РО «Областной клинический кожно-
венерологический диспансер». 390046, Россия, Рязань,
ул. Спортивная, д. 9;
²ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский
университет им. акад. И.П.Павлова» Минздрава России.
390026, Россия, Рязань, ул. Высоковольная, д. 9
✉misha.juchkov@gmail.com

В статье приводятся обзорные данные и клинико-дерматоскопические примеры из личных коллекций авторов, касающиеся дерматоскопической диагностики невусов Рида. Анализируются существующие проблемы дифференциального диагноза данного меланоцитарного новообразования кожи.
Ключевые слова: дерматоскопия, невус Рида.

Для цитирования: Жучков М.В., Большакова Е.Е., Сонин Д.Б. и др. Невус Рида: вопросы дерматоскопического диагноза. Дерматология (Прил. к журн. Consilium Medicum). 2018; 1: 32–34. DOI: 10.26442/2414-3537_2018.1.32-34

Reed nevus: issues of dermatoscopic diagnosis

M.V.Zhuchkov^{✉1,2}, E.E.Bolshakova¹, D.B.Sonin¹, S.A.Isakov²,
E.E.Zhiltsova², T.D.Masiyanskaya²
¹Ryazan State Regional Dermato-Venerological Clinic.
390046, Russian Federation, Ryazan, ul. Sportivnaia, d. 9;
²I.P.Pavlov Ryazan State Medical University of the Ministry of Health
of the Russian Federation. 390026, Russian Federation, Riazan,
ul. Vysokovol'tnaia, d. 9
✉misha.juchkov@gmail.com

The article presents overview data and clinical and dermatoscopic examples from personal collections of the authors concerning dermatoscopic diagnosis of Reed nevi. The existing problems of differential diagnosis of this melanocytic skin neoplasm are analyzed.

Key words: dermatoscopy, Reed nevus.

For citation: Zhuchkov M.V., Bolshakova E.E., Sonin D.B. et al. Reed nevus: issues of dermatoscopic diagnosis. Dermatology (Suppl. Consilium Medicum). 2018; 1: 32–34. DOI: 10.26442/2414-3537_2018.1.32-34

История изучения невуса Рида неразрывно связана с описанием другого, чуть менее распространённого меланоцитарного новообразования кожи, описанного известным американским дерматологом Софией Шпиц в 1948 г. [1]. За свои пугающие гистопатологические проявления, доброкачественное клиническое течение и высокую распространённость в детской популяции последнее новообразование получило название «ювенильная меланома» (англ. – melanoma of childhood). Классические работы Артура Аллена окончательно продемонстрировали доброкачественный характер течения невусов Шпиц и поставили точку в дискуссиях о возможной трансформации данного новообразования кожи в меланому [2]. В 1954 г. Хелвиг заявил о несостоятельности термина «ювенильная меланома» и предложил заменить его на более точно отражающий гистопатологическую основу данного доброкачественного новообразования кожи – «веретенноклеточный невус» [3]. После того как на смену названию Хелвига пришел всем известный эпоним (невус Шпиц), в научной литературе развернулась дискуссия относительно корректности использования термина «невус» по отношению к данному виду новообразований кожи. Высказывалась точка зрения о том, что термин «невус» подразумевает доброкачественный характер меланоцитарной пролиферации, в то время как классические описания С.Шпиц указывали на так называемую атипию. В литературе стали появляться попытки замены устоявшегося даже на тот момент времени эпонима (невус Шпиц) на более точные (как тогда казалось авторам): опухоль Шпиц (Spitz tumor) или поражение Шпиц (Spitz lesions) [4].

В 1975 г. в журнале «Seminars in Oncology» была опубликована исторически первая работа, посвященная хорошо пигментированным меланоцитарным новообразованиям кожи, расположенным преимущественно на нижних конечностях, в основном у молодых пациентов [5]. С этой публикации, во-первых, началась история того, что мы сейчас, в современной дерматоонкологии, называем невусом Рида, а во-вторых – большая научная дискуссия о нозологической самостоятельности невуса Рида. Одни исследователи рассматривали невус Рида как пигментированный клинический тип невуса Шпиц, тем самым указывая на принципиальную идентичность указанных ново-

образований кожи, другие разделяли эти два вида невусов, подчеркивая их эпидемиологические, гистопатологические, клинические, прогностические и другие различия [6–8]. Необходимо отметить, что авторский коллектив настоящей статьи единодушно относится к сторонникам гипотезы о нозологической самостоятельности невуса Рида не столько из-за наличия своеобразной дерматоскопической и клинической картины данного новообразования кожного покрова, сколько вследствие выявления его четких патогистологических особенностей, позволяющих точно дифференцировать его от невуса С.Шпиц.

Клиническая картина невуса Рида не отличается специфическими чертами. Очаги представляют собой темно-коричневые или почти черные одиночные папулезные или бляшечные элементы, расположенные чаще на нижних конечностях у молодых пациентов, как правило, в течение трех первых десятилетий жизни [9]. Четких гендерных различий в показателях распространенности невуса Рида выявлено не было. Учитывая клиническое сходство данного новообразования кожи с невусами Мишера, пигментированными невусами Шпиц и нодулярной меланомой кожи, дерматоскопическое исследование в диагностике невусов Рида играет весьма существенную роль [10].

Считается, что основным дерматоскопическим признаком невуса Рида является то, что на языке метафор принято обозначать как «взрыв звезды». В абсолютном большинстве случаев это так, но есть несколько важных моментов, на которых мы позволим себе остановиться в рамках данной образовательной статьи.

Под очень красочным и запоминающимся метафорическим термином «звездный взрыв» на описательном языке мы подразумеваем два основных дерматоскопических паттерна, расположенных симметрично друг по отношению к другу: паттерн радиальных линий/псевдоподий и бесструктурный паттерн. Первый расположен по периферии изображения и занимает всю ее без остатка, а второй расположен в центре дерматоскопического изображения.

На рис. 1, 2 представлены типичные клинические и дерматоскопические проявления невуса Рида. Дерматоскопическое изображение на рис. 2 содержит псевдоподии и (реже) радиальные линии по всей периферии изображения новообразования. В некоторых зонах (на 14, 15,

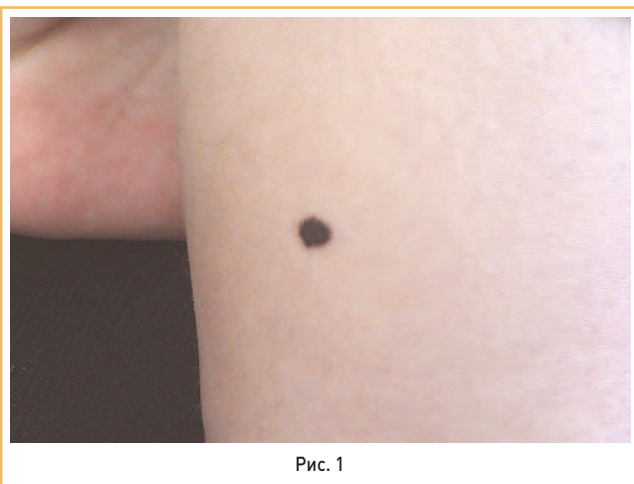


Рис. 1

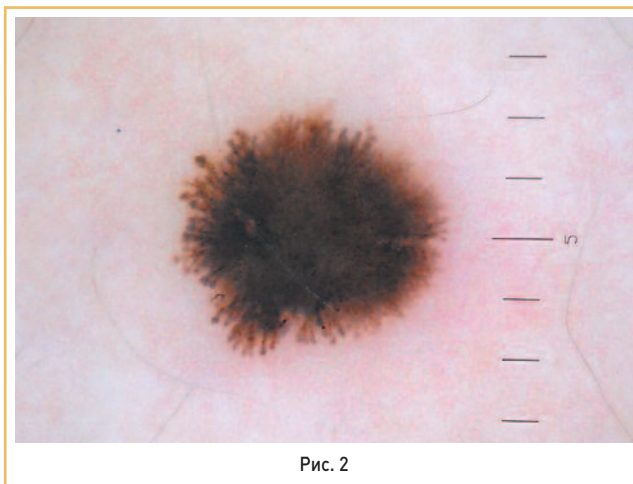


Рис. 2

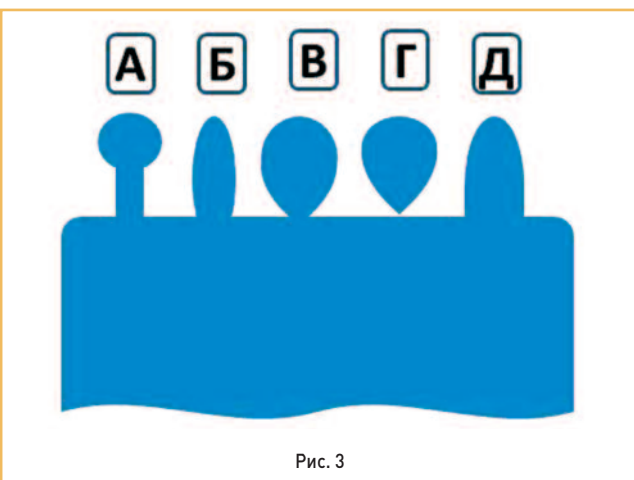


Рис. 3



Рис. 4

16 ч) линии и псевдоподии имеют менее насыщенный цвет по сравнению с противоположной зоной, но факт их наличия в дерматоскопическом паттерне непреложен.

Таким образом, большинство дерматологов безошибочно диагностируют невус Рида именно на такой стадии его существования. В отношении данного новообразования кожи псевдоподии и радиальные линии являются эквивалентными, диагностически значимыми дерматоскопическими структурами. В связи этим необходимо немного подробнее остановиться на том, что называется псевдоподией.

Под псевдоподией в классическом описательном языке дерматоскопии понимают «линию с колбовидным расширением на одном из краев». На дерматоскопическом изображении любого новообразования кожного покрова псевдоподия не может существовать обособленно, она исходит либо из комка, либо из бесструктурной области, либо из иной, что бывает реже, дерматоскопической структуры. Псевдоподия как дерматоскопическая структура имеет не только свои патогистологические корреляты, но и диагностические признаки, позволяющие отличить ее от других визуально сходных с ней структур дерматоскопического изображения, например линий, представляющих собой краевую часть ретикулярного узора или вытянутых овальных комков, сливающихся с краем бесструктурной области.

Псевдоподия всегда должна находиться с края дерматоскопического изображения, но при этом быть с ним связана, т.е. структура «Г» на рис. 3 псевдоподией не является, а является комком, прилегающим к краю бесструктурной области новообразования. Псевдоподия должна иметь прямой или острый угол соединения со своим субстратом (комком, бесструктурной областью и пр.). Таким образом,

структура «Д» на рис. 3 является либо частью бесструктурной области, либо комком, изображение которого накладывается на изображение бесструктурной области. Структуры «А» и «В» смело можно называть псевдоподиями. В случаях, когда псевдоподия исходит из области ретикулярных линий, ширина ее колбовидного расширения не должна быть меньше, чем любая из линий, объединенных в сеть, в противном случае ее трудно отличить от компонента этой ретикулярной области.

Типичным примером псевдоподий в невусе Рида является дерматоскопическое изображение на рис. 5 (рис. 4 – клиническое изображение у пациента). Представленное дерматоскопическое изображение характеризуется наличием двух паттернов, симметрично расположенных друг к другу: центрально расположенный бесструктурный паттерн и периферически расположенный паттерн псевдоподий, находящихся радиально и занимающих почти всю периферию очага. Количество визуализируемых комков недостаточно, чтобы сформировать паттерн, но они становятся признаком, подтверждающим выявленный анамнестический факт того, что данный невус Рида появился у пациента относительно недавно.

В 2002 г. М.Pizzichetta и соавт. детально описали факт того, что невус Рида в течение своего развития проходит несколько этапов, имеющих весьма своеобразные, но не специфические дерматоскопические признаки [11]. На ранних этапах своего существования дерматоскопическая картина невуса Рида представлена коричневыми комками, которые составляют единый паттерн комков. Комки имеют диапазон цветов от коричневого до почти черного. Комки в невусе Рида в отличие от врожденных невусов необязательно плотно прилегают друг к другу, формируя так называемую «булыжную мостовую».

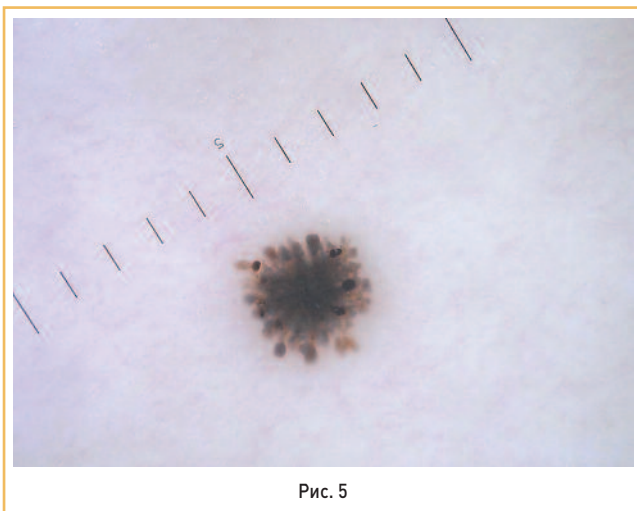


Рис. 5



Рис. 6

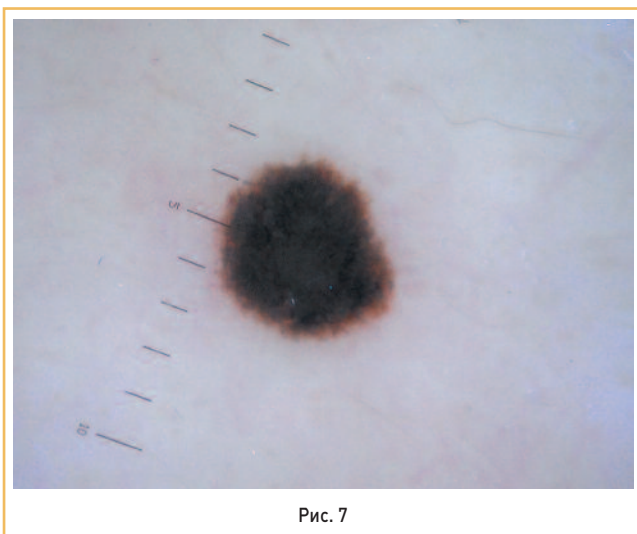


Рис. 7

На следующих этапах своего существования невус Рида начинает свой периферический рост, который проявляется известной, вероятно, каждому специалисту дерматоскопической картиной – симметрично расположенными по периферии радиальными линиями и/или псевдоподиями и центрально расположенной бесструктурной областью. Расположение этих двух паттернов в невусе Рида всегда симметрично. Важным дифференциально-диагностическим моментом в данной ситуации является то, что радиальные линии или псевдоподии должны равномерно распределяться по всей периферии

бесструктурной области, но при этом важно помнить, что наличие незначительных «перерывов» в радиальных линиях или псевдоподиях по периферии не исключает наличие невуса Рида, но может указывать на наличие меланомы кожи.

После окончания фазы роста дерматоскопическая картина невуса Рида снова меняется и становится представленной либо ретикулярными линиями по периферии и гиперпигментированной бесструктурной областью в центре, либо только ретикулярными линиями, либо только бесструктурной областью. То есть на более поздних этапах своего существования дерматоскопическая картина невуса Рида теряет свою специфичность и становится почти не отличимой от невуса Кларка. На данном этапе существования невуса Рида дерматоскопия практически утрачивает свое ведущее значение как чувствительный и специфический метод диагностики данного новообразования. На рис. 6, 7 можно наблюдать такую ситуацию. Данный невус Рида еще несколько месяцев назад состоял из центральной бесструктурной области и периферически расположенных радиальных линий, занимавших всю окружность дерматоскопического изображения. Но в настоящее время (см. рис. 7) можно наблюдать лишь местами сохранившиеся радиальные линии, постепенно сливающиеся с бесструктурной областью дерматоскопического изображения.

В заключение отметим, что только клиническое мастерство, тщательно собранный анамнез имеющегося новообразования и дерматоскопическое исследование очага позволят безошибочно диагностировать невус Рида у большинства пациентов вне зависимости от возраста.

Литература/References

1. Spitz S. Melanomas of childhood. *Am J Pathol* 1948; 24: 591–609.
2. Allen AC, Spitz S. Histogenesis and clinicopathologic correlation of nevi and malignant melanomas; current status. *AMA Arch Derm Syphilol* 1954; 69 [2]: 150–71.
3. Sau P, Graham JH, Helwig EB. Pigmented spindle cell nevus: a clinicopathologic analysis of ninety-five cases. *J Am Acad Dermatol* 1993; 28 [4]: 565–71.
4. Lyon VB. The Spitz nevus: review and update. *Clin Plastic Surg* 2010; 37: 21–33.
5. Reed RJ, Ichinose H, Clark WH, Mihm MC. Common and uncommon melanocytic nevi and borderline melanomas. *Semin Oncol* 1975; 2: 119–47.
6. Peris K, Ferrari A, Argenziano G et al. Dermatoscopic classification of Spitz/Reed nevi. *Clin Dermatol* 2002; 20: 259–62.
7. Ferrara G, Argenziano G, Soyer HP et al. The spectrum of Spitz nevi. A clinicopathologic study of 83 cases. *Arch Dermatol* 2005; 141: 1381–7.
8. Boneti KK, Piñeiro-Maceira J, Pereira FBC, Barcaui C.B. Nevo de Reed [nevo de células fusiformes]: relato de três casos com padrões dermatoscópicos distintos. *An Bras Dermatol* 2010; 85: 531–6.
9. Soyer HP, Kenet RO, Wolf IH et al. Clinicopathological correlation of pigmented skin lesions using dermoscopy. *Eur J Dermatol* 2000; 10: 22–8.
10. Shapiro PE. Spitz nevi. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 667–8.
11. Pizzichetta MA, Argenziano G, Grandi G et al. Morphologic changes of pigmented Spitz nevus assessed by dermoscopy. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47: 137–9.

Сведения об авторах

Жучков Михаил Валерьевич – зам. глав. врача ГБУ РО ОККВД, ассистент каф. сестринского дела ФГБОУ ВО РязГМУ. E-mail: misha.juchkov@gmail.com

Большакова Елена Евгеньевна – глав. врач ГБУ РО ОККВД

Сонин Дмитрий Борисович – канд. мед. наук, зам. глав. врача ГБУ РО ОККВД

Исаков Сергей Алексеевич – д-р мед. наук, проф. каф. дерматовенерологии ФГБОУ ВО РязГМУ

Жильцова Елена Егоровна – д-р мед. наук, доц., зав. каф. дерматовенерологии ФГБОУ ВО РязГМУ

Масянская Татьяна Дмитриевна – студент ФГБОУ ВО РязГМУ