

<https://doi.org/10.25208/vdv11323>



Развитие идиопатической эруптивной макулярной пигментации у ребенка 11 лет

© Трофимов П.Н.* , Хайрутдинов В.Р., Белоусова И.Э., Федотова М.А.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Случай развития идиопатической эруптивной макулярной пигментации у ребенка демонстрирует один из вариантов приобретенной гиперпигментации кожи неясной этиологии. У мальчика 11 лет в течение года развились высыпания в виде светло-коричневых пятен в области туловища и конечностей, которые появлялись на фоне нормальной кожи без установленного провоцирующего фактора. Изначально процесс локализовался в локтевых сгибах и аксиллярных зонах, в дальнейшем произошло распространение высыпаний на кожу туловища, шеи и конечностей. При этом не было отмечено появления воспалительных изменений в основании элементов сыпи. Пациенту проведено обследование на наличие заболеваний, которые могли лежать в основе кожных проявлений, а также выполнено гистологическое исследование с целью верификации диагноза. Установленный диагноз идиопатической эруптивной макулярной пигментации позволил выбрать выжидательную тактику в лечении пациента в связи с имеющимися литературными данными о саморазрешении данной патологии и неэффективности имеющихся вариантов лечения дерматоза.

Ключевые слова: идиопатическая эруптивная макулярная пигментация; приобретенная макулярная гиперпигментация неясной этиологии; пепельный дерматоз; стойкая дисхромическая эритема; клинический случай

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования: рукопись подготовлена и опубликована за счет финансирования по месту работы авторов.

Согласие пациента: родители пациента добровольно подписали информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации.

Для цитирования: Трофимов П.Н., Хайрутдинов В.Р., Белоусова И.Э., Федотова М.А. Развитие идиопатической эруптивной макулярной пигментации у ребенка 11 лет. Вестник дерматологии и венерологии. 2023;99(6):67–73. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv11323>



<https://doi.org/10.25208/vdv11323>

Development of idiopathic eruptive macular pigmentation in an 11-year-old boy

© Pavel N. Trofimov*, Vladislav R. Khairutdinov, Irena E. Belousova, Maria A. Fedotova

S.M. Kirov Military Medical Academy, Saint Petersburg, Russia

A case of idiopathic eruptive macular pigmentation in a child demonstrates a variant of skin hyperpigmentation of uncertain etiology. We described an 11-year-old boy with light brown spots in the torso and limbs that developed against the background of normal skin without an established provoking factor. On examination, it was found that the disease had developed within one year. Initially, the process was localized to the elbow folds and axillary areas, but later the rash spread to the trunk, neck and extremities. No inflammatory changes were observed at the base of the rash elements. The patient was examined for the presence of diseases that could underlie the skin manifestations, and histological examination was performed to verify the diagnosis. The established diagnosis of idiopathic eruptive macular pigmentation made it possible to choose a wait-and-see approach in treating the patient, due to the available literature data on the self-resolution of this pathology and ineffectiveness of the available dermatosis treatment options.

Keywords: idiopathic eruptive macular pigmentation; acquired macular pigmentation of uncertain etiology; ashy dermatosis; erythema dyschromicum perstans; case report

Conflict of interest: the authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Funding source: through funding at the place of work of the authors.

Patient consent: the patient's parents have voluntarily signed an informed consent to release personal health information.

For citation: Trofimov PN, Khairutdinov VR, Belousova IE, Fedotova MA. Development of idiopathic eruptive macular pigmentation in an 11-year-old boy. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2023;99(6):67–73.
doi: <https://doi.org/10.25208/vdv11323>



Актуальность

Идиопатическая эруптивная макулярная пигментация (ИЭМП) — приобретенная гиперпигментация кожи неясной этиологии. Анализ научных публикаций за последние несколько лет показывает, что существует множество мнений об определении и классификации гиперпигментаций кожи, вызывающих, в свою очередь, трудности у практикующего врача в диагностике и лечении данного дерматоза.

Изначально термин «идиопатическая эруптивная макулярная пигментация» был предложен Degos и соавт. в 1978 г. По мнению авторов, зарегистрированные ими случаи пигментного дерматоза отличались от известных ранее пепельного дерматоза и стойкой дисхромической эритемы [1]. Sanz de Galdeano и соавт. в 1996 г. определили диагностические критерии ИЭМП [2].

ИЭМП была отнесена к группе других пятнистых пигментаций, объединенных термином «приобретенные макулярные гиперпигментации неясной этиологии», в соответствии с номенклатурой, установленной на 22-й Международной конференции «Пигментная клетка», состоявшейся в Сингапуре в 2014 г. [3]. В группу приобретенных макулярных гиперпигментаций неясной этиологии также были включены пепельный дерматоз, стойкая дисхромическая эритема, меланоз Рилиа и пигментная форма плоского лишая. За последние годы был опубликован ряд статей, анализирующих возможную этиологию, патогенез и детали клинической картины макулярных пигментаций [4–6].

Описание случая

Нами был консультирован мальчик 11 лет, родители которого предъявляли жалобы на наличие у ребенка распространенных высыпаний в области шеи, тулови-

ща и конечностей, не вызывающих никаких субъективных ощущений.

Из анамнеза известно, что около 1 года назад на фоне полного благополучия на коже аксиллярных областей, шеи, в локтевых ямках появились высыпания в виде пятен светло-коричневой окраски, не сопровождающиеся субъективными ощущениями. В течение последующих 2 месяцев сыпь распространилась по всему телу, за исключением лица, волосистой части головы, ладоней и подошв. Слизистые оболочки полости рта и носа также были свободны от высыпаний. На предыдущих этапах лечения устанавливались диагнозы меланодермии, нарушения пигментации неуточненные, стойкой дисхромической эритемы.

Результаты физикального, лабораторного и инструментального исследования

Патологический процесс носил распространенный характер и локализовался в области шеи, спины, груди, живота, преимущественно на сгибательных и внутренних поверхностях плеч, предплечий, бедер, голени, тыла кистей и стоп и был представлен множественными пятнами серовато-коричневой окраски неправильной формы диаметром от 0,5 до 3 см (рис. 1).

При видеодерматоскопии выявлена псевдоретикулярная пигментная сеть, представленная точками коричневой и серой окраски, образующими ломаные и кривые линии, формирующие сетчатые узоры (рис. 2).

Была выполнена диагностическая биопсия кожи. При гистологическом исследовании с окраской гематоксилином и эозином обнаруживалась пигментация базального слоя эпидермиса, в сосочковой части дермы выявлены редкие периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты и значительное количество меланофагов (рис. 3).



Рис. 1. Множественные светло-коричневые пятна на коже боковой поверхности шеи (а), локтевого сгиба (б) и аксиллярной области (в)
Fig. 1. Multiple light brown spots on the skin of the lateral surface of the neck (a), of the elbow bend (b) and of the axillary area (v)



Рис. 2. Дерматоскопическая картина идиопатической эруптивной макулярной пигментации. Псевдоретикулярная пигментная сеть (точки коричневого/сероватого цвета) в области пятна (видеодерматоскопия)
Fig. 2. Dermatoscopic picture of idiopathic eruptive macular pigmentation. Pseudoreticular pigmentary network (brown/grayish dots) in the area of the stain (video dermatoscopy)

Был выполнен широкий спектр исследований с использованием лабораторных и инструментальных методов.

Клинический и биохимический анализы крови (глюкоза, общий билирубин, прямой билирубин, ЛДГ, АЛТ, АСТ, ГГТ, общий белок, щелочная фосфатаза, мочевины, мочевого азота, железо, С-реактивный белок, калий, натрий, хлор, триглицериды, общий холестерин, ЛПНП, ЛПОНП, коэффициент атерогенности, креатинин, АСЛ-О, фибриноген) — все показатели в пределах референтных значений. Исследование гормонального статуса (ТТГ, свободный Т4, кортизол, инсулин), анализ мочи были в пределах референтных значений. Анализ кала на яйца/гельминтов, простейшие, бактериологическое

исследование кала на тифо-паратифозную и дизентерийную группы, условно-патогенную микрофлору — патологии не выявил. УЗИ органов брюшной полости, надпочечников, щитовидной железы и рентгенография органов грудной клетки были в пределах возрастной нормы.

Проведены консультации специалистов — аллерголога-иммунолога, эндокринолога, оториноларинголога, стоматолога.

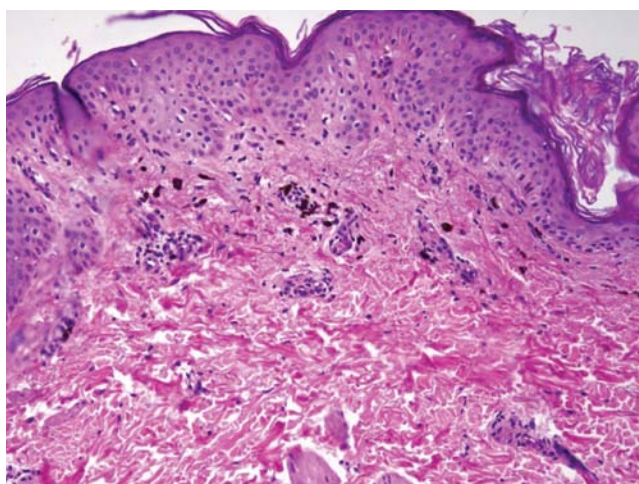
Выявлены сопутствующие заболевания: бронхиальная астма (легкое персистирующее течение, период обострения), хронический компенсированный тонзиллит (вне обострения), кариес 16-го и 26-го зубов.

Диагноз ИЭМП был установлен с использованием следующих клинических и гистопатологических критериев: наличие множественных светло-серых и светло-коричневых пятен; характерная локализация высыпаний; отсутствие положительного симптома Дарье–Унны; гистопатологические изменения не противоречат ИЭМП; отсутствуют сопутствующие заболевания, связанные с развитием пигментации. В пользу установленного диагноза свидетельствовали данные анамнеза заболевания, согласно которым при появлении высыпаний на коже вокруг них не формировались гиперемические пятна. В анамнезе отсутствовали сведения о приеме лекарственных препаратов, способных вызывать развитие пигментации кожи. Также у пациента и его родственников ранее не было подобных поражений кожи, аутоиммунных заболеваний или патологии щитовидной железы.

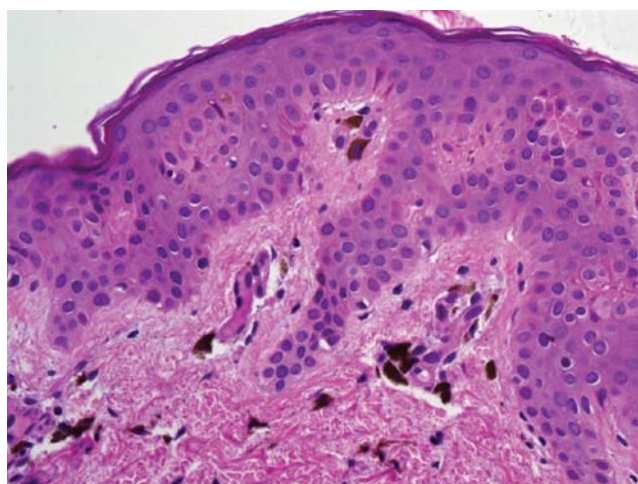
Обсуждение

На сегодняшний день в англоязычной литературе описано 55 случаев ИЭМП [7–12].

Клиническая картина ИЭМП представлена пятнами светло-коричневого цвета округлой или овальной формы размером от 5 до 25 мм, которые формируются без предшествующей эритемы на фоне нормальной кожи и не сопровождаются субъективными симптома-



а



б

Рис. 3. Гистологическое исследование биоптата кожи, окраска гематоксилином и эозином: а — умеренно выраженная пигментация базального слоя эпидермиса, редкий периваскулярный лимфоцитарный инфильтрат и меланофаги в дерме (×100); б — умеренно выраженная пигментация базального слоя эпидермиса, меланофаги в дерме (×200)
Fig. 3. Histological examination of a skin biopsy specimen stained with hematoxylin and eosin: a — mild perivascular lymphocytic infiltrate and melanophages in the dermis (×100); б — melanophages in the dermis (×200)

ми. Высыпания, как правило, локализируются на коже шеи, туловища и проксимальных отделов конечностей, однако описаны случаи локализации процесса в области лица и дистальных отделов конечностей [7, 13, 14].

ИЭМП является доброкачественным меланозом, встречающимся у детей и подростков и разрешающимся самостоятельно в течение нескольких месяцев или лет. Имеется единичное сообщение о существовании заболевания в течение длительного периода времени. S. Mehta и соавт. описали случай ИЭМП у женщины индийского происхождения, которая страдала этим заболеванием с периодами обострения и ремиссии 21 год [7, 13].

Патогенез ИЭМП остается неясным. Эндокринные нарушения, воспаление или аутоиммунные реакции были предположены некоторыми авторами в качестве триггерных факторов развития ИЭМП [15].

Жители стран Азии и Египта, по-видимому, чаще страдают ИЭМП [16]. Этническая принадлежность и тип кожи по Фицпатрику могут рассматриваться как факторы риска развития дерматоза [17].

Дифференциальный диагноз ИЭМП проводят с лекарственной сыпью, поствоспалительной пигментацией, мастоцитозом, пигментной формой красного плоского лишая и стойкой дисхромической эритемой, поскольку все эти заболевания проявляются многочис-

Таблица 1. Критерии постановки диагноза дерматоза из группы приобретенных макулярных гиперпигментаций неясной этиологии в соответствии с рекомендациями 22-й Международной конференции «Пигментная клетка» [3]
 Table 1. Criteria for the diagnosis of dermatosis from the group of acquired macular hyperpigmentation of uncertain etiology according to the recommendations of the 22nd International Pigment Cell Conference [3]

Пепельный дерматоз (ПД) / стойкая дисхромическая эритема (СДЭ)

Характеризуются приобретенными большими гиперпигментированными пятнами (> 5 см).

Этиология неизвестна.

Обычно высыпания локализируются на коже туловища.

Клинические проявления ПД и СДЭ можно считать идентичными, за исключением наличия эритематозной каймы в активной стадии СДЭ.

Наличие меланофагов в дерме вызывает пепельно-серую пигментацию.

Интерфейс-дерматит может присутствовать, но не является обязательным признаком для диагностики этих состояний

Пигментная форма красного плоского лишая (ППЛ)

Приобретенные большие (> 5 см) и мелкие (0,5–5 см) пятна.

Пигментация неясной этиологии, с/без элементов сыпи, характерных для красного плоского лишая любой другой локализации, в настоящее время или в анамнезе (может не быть этиопатогенетически связанным с ним).

Наиболее частая область поражения — область головы и шеи, за ними следуют сгибательные поверхности конечностей.

Если гиперпигментация ограничена участками, на которых предшествовали типичные высыпные элементы плоского лишая или имеются видимые и пальпируемые высыпания плоского лишая, такие случаи должны быть расценены как красный плоский лишай с поствоспалительной гиперпигментацией, а не ППЛ.

Гистологические изменения могут быть сходны с ПД/СДЭ и представлены наличием кожных меланофагов с поверхностным дерматитом или без него на определенной стадии развития процесса

Идиопатическая зруптивная макулярная пигментация

Характеризуется бессимптомными нессливающимися мелкими коричневыми пятнами (0,5–2 см) с локализацией в области шеи, проксимальных отделов конечностей и туловища.

Отсутствие предшествующего воспаления или воздействия лекарств в анамнезе.

Гистологические изменения характеризуются гиперпигментацией базального слоя эпидермиса и наличием дермальных меланофагов без видимых повреждений базального слоя или лихеноидного воспалительного инфильтрата.

Разрешается в течение нескольких месяцев или лет.

Заболевают преимущественно подростки и молодые люди

Меланоз Рилля и пигментный контактный дерматит

Характеризуется многочисленными мелкими (размером в несколько миллиметров) или сетчатыми, приобретенными пигментными пятнами неясной этиологии.

Возникает на лице, шее и верхней части груди.

Если у пациентов возникли мелкосетчатые пигментные высыпания на лице и в области шеи как результат разрешения контактного аллергического дерматита, то поражение кожи может быть расценено как пигментный контактный дерматит

ленными распространенными пигментными пятнами на туловище и в области проксимальных отделов конечностей [18, 19].

В нашем случае клинические проявления свидетельствуют в пользу диагноза ИЭМП. Отсутствие предшествующей эритемы и данных в анамнезе о приеме лекарственных препаратов обуславливает исключение клинического диагноза лекарственной сыпи или поствоспалительной пигментации. Отсутствие симптома Дарье–Унны и тучных клеток при гистологическом исследовании свидетельствует против мастоцитоза. Стойкая дисхромическая эритема обычно проявляется в виде сероватых пятен с эритематозным воспалительным венчиком, для нее также характерны базальноклеточная гидропическая дегенерация и недержание пигмента в дерме, обнаруживаемые при гистологическом исследовании.

При гистологическом исследовании биоптата кожи с окраской гематоксилином и эозином был обнаружен эпидермальный гипермеланоз с повышенным содержанием меланина в базальном слое эпидермиса и воспалительным инфильтратом и меланофагами в дерме. Тучные клетки не выявлены.

Дерматоскопическая картина для входящих в группу приобретенных макулярных гиперпигментаций неясной этиологии дерматозов практически не отличается

и, как правило, представлена коричневыми или серыми точками, образующими сетчатый рисунок [20].

Диагностические критерии группы дерматозов — приобретенных макулярных гиперпигментаций неясной этиологии приведены в табл. 1.

Лечение ИЭМП — сложная задача. Была отмечена неэффективность неодимового лазера на иттрий-алюминиевом гранате (1064 нм) и рубинового лазера с Q-переключением (694 нм) в лечении ИЭМП [7]. Топические стероиды, гидрохинон и третиноин также малоэффективны в лечении дерматоза [14, 21].

В нашем случае мы рекомендовали динамическое наблюдение без назначения системной или местной терапии.

Заключение

Поскольку гистологические изменения при ИЭМП не являются специфичными, данное заболевание скорее выступает диагнозом исключения.

Знание клинической картины, гистологических и других критериев ИЭМП практическими врачами может быть важно с целью предупреждения излишнего обследования пациента и проведения нецелесообразного лечения в связи с его неэффективностью и спонтанной ремиссией дерматоза в течение нескольких месяцев или лет. ■

Литература/References

- Degos R, Civatte J, Belaich S. Idiopathic eruptive macular pigmentation (author's transl). *Ann Dermatol Venereol*. 1978;105(2):177–182.
- Sanz de Galdeano C, Léauté-Labrèze C, Bioulac-Sage P, Nikolic M, Taieb A. Idiopathic eruptive macular pigmentation: report of five patients. *Pediatr Dermatol*. 1996;13(4):274–277. doi: 10.1111/j.1525-1470.1996.tb01237.x
- Kumarasinghe SPW, Pandya A, Chandran V, Rodrigues M, Dlova NC, Kang HY, et al. A global consensus statement on ashy dermatosis, erythema dyschromicum perstans, lichen planus pigmentosus, idiopathic eruptive macular pigmentation, and Riehl's melanosis. *Int J Dermatol*. 2019;58(3):263–272. doi: 10.1111/ijd.14189
- Vinay K, Bishnoi A, Kamat D, Chatterjee D, Kumaran MS, Parsad D. Acquired dermal macular hyperpigmentation: an update. *Indian Dermatol Online J*. 2021;12(5):663–673. doi: 10.4103/idoj.IDOJ_881_20
- Bishnoi A, Vinay K, Kumaran SM, Parsad D. Everything is in the name: Macular hyperpigmentation of uncertain etiology or acquired dermal macular hyperpigmentation of varied etiologies? *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2019;85(1):85–87. doi: 10.4103/ijdv.IJDVL_373_18
- Chandran V, Kumarasinghe SP. Macular pigmentation of uncertain aetiology revisited: two case reports and a proposed algorithm for clinical classification. *Australas J Dermatol*. 2017;58(1):45–49. doi: 10.1111/ajd.12428
- Mehta S, Aasi S, Cole R, Chu P, Weinberg JM. Idiopathic eruptive macular pigmentation: a case of 21 years' duration. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49(5Suppl):S280–282. doi: 10.1016/s0190-9622(03)00745-x
- Zhu Y, Xiang W. Reflectance confocal microscopy of multiple idiopathic eruptive macular pigmentation: A case report. *Skin Res Technol*. 2022;28(2):357–360. doi: 10.1111/srt.13110
- Bhanja DB, Sil A, Biswas SK. Idiopathic eruptive macular pigmentation. *J Pediatr*. 2020;227:314. doi: 10.1016/j.jpeds.2020.07.083
- Sharma S. Idiopathic eruptive macular pigmentation: a rare and an under-reported entity. *J Clin Exp Dermatol Res*. 2018;9(5). doi: 10.4172/2155-9554.1000459
- Ghiasi M, Kamyab K. Idiopathic eruptive macular pigmentation with papillomatosis. *Clin Exp Dermatol*. 2017;42(1):94–95. doi: 10.1111/ced.12964
- Fu CL, Hu YF, Song YZ. Idiopathic eruptive macular pigmentation in a child with citrin deficiency. *Pediatr Int*. 2016;58(9):902–905. doi: 10.1111/ped.13007
- Jang KA, Choi JH, Sung KS, Moon KC, Koh JK. Idiopathic eruptive macular pigmentation: report of 10 cases. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44(2Suppl):351–353. doi: 10.1067/mjd.2001.103642
- Herd TJ, Wright TS. Idiopathic eruptive macular pigmentation involving the distal extremities: a case report. *Pediatr Dermatol*. 2014;31(2):e52–4. doi: 10.1111/pde.12295
- Milobratovic D, Djordjevic S, Vukicevic J, Bogdanovic Z. Idiopathic eruptive macular pigmentation associated with pregnancy and Hashimoto thyroiditis. *J Am Acad Dermatol*. 2005;52(5):919–921. doi: 10.1016/j.jaad.2005.01.008
- Eldarouti M, Zidan A, Alshoura A, Marzouk S, Eltawdy A. Idiopathic eruptive macular pigmentation: a report of 20 cases. *British Journal of Dermatology*. 2008;159(Suppl1):93.
- Tsai WC, Lan J, Lee CH. Progression of idiopathic eruptive macular pigmentation in a girl from childhood to adolescence: case report and literature review. *Pediatr Dermatol*. 2016;33(5):e299–302. doi: 10.1111/pde.12904
- Manousaridis I, Gérard C, Wölfer LU, Goerdts S, Schneider SW. Asymptomatic brown patches in a 13-year-old boy. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2014;12(6):516–517. doi: 10.1111/ddg.12288
- Landau M, Krafchik BR. The diagnostic value of café-au-lait macules. *J Am Acad Dermatol*. 1999;40(6Pt1):877–890; quiz 891–892. doi: 10.1016/s0190-9622(99)70075-7
- Elmas ÖF, Acar EM, Kilitçi A. Dermoscopic diagnosis of ashy dermatosis: a retrospective study. *Indian Dermatol Online J*. 2019;10(6):639–643. doi: 10.4103/idoj.IDOJ_517_18
- Yoon TY, Lee GC, Kim YG, Kim MK, Kim CY. A case of idiopathic eruptive macular pigmentation. *J Dermatol*. 2004;31(5):440–441. doi: 10.1111/j.1346-8138.2004.tb00702.x

Участие авторов: все авторы несут ответственность за содержание и целостность всей статьи. Концепция и дизайн исследования — В.Р. Хайрутдинов; сбор и обработка материала — М.А. Федотова; написание текста — П.Н. Трофимов; редактирование — И.Э. Белоусова.

Authors' participation: all authors: approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article. Concept and design of the study — Vladislav R. Khairutdinov; collection and processing of material — Maria A. Fedotova; text writing — Pavel N. Trofimov; editing — Irena E. Belousova.

Информация об авторах

***Трофимов Павел Николаевич** — к.м.н.; адрес: Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4746-9968>; eLibrary SPIN: 1769-7755; e-mail: trofimov_paul@rambler.ru

Хайрутдинов Владислав Ринатович — д.м.н., доцент; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0387-5481>; eLibrary SPIN: 4417-9117; e-mail: haric03@list.ru

Белоусова Ирена Эдуардовна — д.м.н., профессор; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4374-4435>; eLibrary SPIN: 6386-1117; e-mail: irena.belousova@mail.ru

Федотова Мария Анатольевна — врач-дерматовенеролог; ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6028-015X>; eLibrary SPIN: 2966-6381; e-mail: fedottovama@yandex.ru

Information about the authors

***Pavel N. Trofimov** — MD, Cand. Sci. (Med.); address: 6 Academician Lebedev street, 194044 Saint Petersburg, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4746-9968>; eLibrary SPIN: 1769-7755; e-mail: trofimov_paul@rambler.ru

Vladislav R. Khairutdinov — MD, Cand. Sci. (Med.), Assistant Professor; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0387-5481>; eLibrary SPIN: 4417-9117; e-mail: haric03@list.ru

Irena E. Belousova — MD, Dr. Sci. (Med.), Professor; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4374-4435>; eLibrary SPIN: 6386-1117; e-mail: irena.belousova@mail.ru

Maria A. Fedotova — Dermatovenereologist; ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6028-015X>; eLibrary SPIN: 2966-6381; e-mail: fedottovama@yandex.ru

Статья поступила в редакцию: 29.05.2023

Принята к публикации: 14.11.2023

Опубликована онлайн: 18.12.2023

Submitted: 29.05.2023

Accepted: 14.11.2023

Published online: 18.12.2023