

<https://doi.org/10.25208/vdv1353>



Гранулематозный периоральный дерматит

© Краснова Н.В., Гималиева Г.Г., Синицына Л.Г.* , Мисякова Т.Ю.

Республиканский кожно-венерологический диспансер, Чебоксары, Россия

Родители пациента С. 2018 г.р. обратились с жалобами на высыпания на коже лица у своей дочери, сопровождающиеся зудом в течение года. Местно использовали без улучшения крем метилпреднизолона ацепонат и метиленовый синий. Объективно: патологический процесс носил распространенный характер, локализовался на коже лица. На коже лица периорально визуализировалась застойная гиперемия, множественные милиарные пустулы, везикулы, местами уже вскрывшиеся, покрытые серозными корочками, множественные папулы розового цвета. При проведении гистологического исследования пораженного участка кожи лица выявлены характерные признаки для гранулематозного дерматита: в фолликулах очаги некроза, макрофаги с примесью нейтрофильных лейкоцитов, единичных эозинофилов и гигантских многоядерных клеток. В глубоких слоях дермы определялись грубые, неравномерно утолщенные и местами разнонаправленные пучки коллагеновых волокон с признаками некроза и наличием гигантоклеточных гранулем, а также многочисленные гигантоклеточные гранулемы без некроза, экзоцитоз лимфоцитов, что характерно для гранулематозного дерматита. Был поставлен диагноз: периоральный дерматит, гранулематозная форма. Назначен длительный прием внутрь антибиотика группы макролидов, наружно — блокаторы кальциневрина, эмоленты и мази с содержанием цинка. На фоне проводимого лечения высыпания разрешились. Отмечалась стойкая ремиссия.

Ключевые слова: гранулематозный периоральный дерматит; гистологическое исследование; 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: пациент добровольно подписал информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме в журнале «Вестник дерматологии и венерологии».

Для цитирования: Краснова Н.В., Гималиева Г.Г., Синицына Л.Г., Мисякова Т.Ю. Гранулематозный периоральный дерматит. Вестник дерматологии и венерологии. 2023;99(1):81–85.
doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1353>



G

ranulomatous perioral dermatitis

© Nadezhda V. Krasnova, Geliya G. Gimalieva, Larisa G. Sinitsyna*, Tat'yana Y. Misyakova

Republican dermatovenereologic dispensary, Cheboksary, Russia

Parents of patient S., born in 2018 applied with complaints of rashes on the skin of her daughter's face, accompanied by itching for a year. Topically used cream methylprednisolone aceponate and methylene blue. Objectively: the pathological process was widespread, localized on the skin of the face. On the skin of the face, congestive hyperemia, multiple miliary pustules, vesicles, already opened in places, covered with serous crusts, multiple pink papules were visualized periorally. When conducting a histological examination of the affected area of the skin of the face, characteristic signs for granulomatous dermatitis were revealed: in the follicles, foci of necrosis, macrophages with an admixture of neutrophilic leukocytes, single eosinophils and giant multinucleated cells. In the deep layers of the dermis, rough, unevenly thickened and in places multidirectional bundles of collagen fibers with signs of necrosis and the presence of giant cell granulomas, as well as numerous giant cell granulomas without necrosis, exocytosis of lymphocytes, which is characteristic of granulomatous dermatitis, were determined. The diagnosis was made: Perioral dermatitis, granulomatous form. We were prescribed a long-term oral administration of an antibiotic of the macrolide group, externally — calcineurin blockers, emollients and ointments containing zinc. On the background of the ongoing treatment, the rash resolved. There was a stable remission.

Keywords: granulomatous perioral dermatitis; histological examination; clinical case

Conflict of interest: the authors declare that there are no obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Source of funding: the work was done and published through financing at the place of work of the authors.

Patient consent: the patient voluntarily signed an informed consent to the publication of personal medical information in an impersonal form in the journal "Vestnik Dermatologii i Venerologii".

For citation: Krasnova NV, Gimalieva GG, Sinitsyna LG, Misyakova TY. Granulomatous perioral dermatitis. Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2023;99(1):81–85. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1353>



Актуальность

Периоральный дерматит — хронический дерматоз лица с невыясненными этиологией и патогенезом [1–3]. Многие авторы склоняются к тому, что необходимо признать данное заболевание самостоятельным, с четкой клинической и патоморфологической картиной. Другие считают, что это вариант розацеа либо разновидность себорейного дерматита [4]. Заболевание чаще встречается среди женщин репродуктивного возраста [5]. К сожалению, в последнее время данную нозологию часто можно встретить у детей [6]. Злоупотребление косметическими препаратами, содержащими галогены, моющими средствами, зубными пастами (фторсодержащими), а также длительное применение наружных фторированных топических кортикостероидов — это факторы, которые способствуют развитию заболевания [7]. Гранулематозный периоральный дерматит — одна из разновидностей периорального дерматита, чаще всего встречающегося у детей в препубертатном периоде. Высыпания, как правило, локализуются вокруг рта, иногда вокруг рта или глаз [8]. Очень редко встречается локализация высыпаний перивульварной области [9]. Проведение гистологического исследования при данном заболевании часто затруднено в связи с локализацией высыпаний на коже лица. Нельзя до конца исключить риск образования послеоперационных рубцов [10]. Данная нозология значительно снижает качество жизни пациента.

Описание случая

Родители пациента С. 2018 г.р. обратились с жалобами в БУ «РКВД» на высыпания на коже лица у дочери, сопровождающиеся зудом в течение года. В течение этого года ребенок получал лечение, назначенное по месту жительства дерматологом, кремом метилпреднизолона ацепонат и метиленовым синим. Со слов мамы пациентки, вышеуказанное лечение не помогало.

Результаты физикального, лабораторного и инструментального исследования

Объективно: патологический процесс локализовался на коже лица. На коже лица периорально визуализировалась застойная гиперемия, множественные милиарные пустулы, везикулы, местами уже вскрывшиеся, покрытые серозными корочками, множественные папулы розового цвета (рис. 1).

При проведении гистологического исследования пораженного участка кожи лица выявлены характерные признаки для гранулематозного дерматита: в фолликулах очаги некроза, макрофаги с примесью нейтрофильных лейкоцитов, единичных эозинофилов и гигантских многоядерных клеток (рис. 2). В глубоких слоях дермы определялись грубые, неравномерно утолщенные и местами разнонаправленные пучки коллагеновых волокон с признаками некроза и наличием гигантоклеточных гранул (рис. 3), а также многочисленные гигантоклеточные гранулемы без некроза (рис. 4), экзоцитоз лимфоцитов, что характерно для гранулематозного дерматита.

Данные лабораторных исследований

В анализе крови отмечено повышение антител к тканевой транслугтаминазе — более 200 ЕД/мл, в клиническом анализе крови — повышение СОЭ до 24 мм/ч, снижение гемоглобина до 115 г/л, в анализе крови на ан-



Рис. 1. Застойная гиперемия пероральной области, множественные милиарные пустулы, папулы розового цвета, везикулы, местами уже вскрывшиеся, покрытые серозными корочками

Fig. 1. Congestive hyperemia of the oral region, multiple miliary pustules, pink papules, vesicles, already opened in places, covered with serous crusts

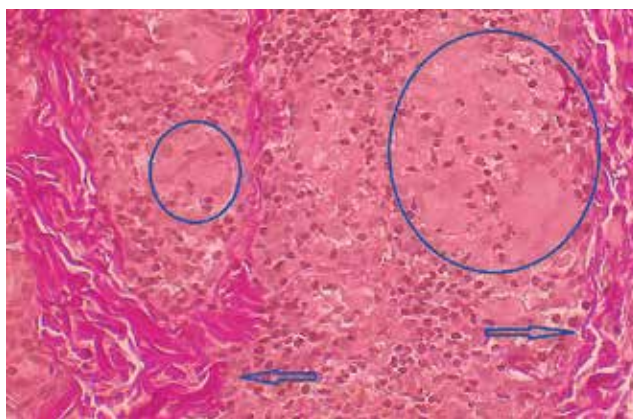


Рис. 2. Гистологическое исследование кожи, окраска гематоксилином и эозином (×100). В фолликулах очаги некроза (обведены синим курсором), макрофаги с примесью нейтрофильных лейкоцитов, единичных эозинофилов и гигантских многоядерных клеток (указаны синей стрелкой)

Fig. 2. Histological examination of the skin, stained with hematoxylin and eosin (magnification ×100). In the follicles, there are foci of necrosis (circled with a blue cursor), macrophages with an admixture of neutrophilic leukocytes, single eosinophils, and giant multinucleated cells (indicated by a blue arrow)

титела к деамидированным пептидам глиадина класса IgA — 12,51 ЕД/мл, содержание микроэлементов в крови было в пределах нормы. В биохимическом анализе крови отмечено повышение АсАТ до 43 ЕД/л, остальные показатели в пределах нормы. При анализе кала на дисбактериоз обнаружен золотистый стафилококк.

Анализ на клещей *Demodex folliculorum* и *Demodex brevis* был отрицательный.

Данные инструментальных обследований

При проведении ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости обнаружены признаки легкого увеличения размеров желчного пузыря, невыраженные реактивные изменения поджелудочной железы, легкое увеличение размеров селезенки, неравномерный диаметр петель толстой кишки, реактивные изменения стенок толстой кишки. УЗИ почек без патологии.

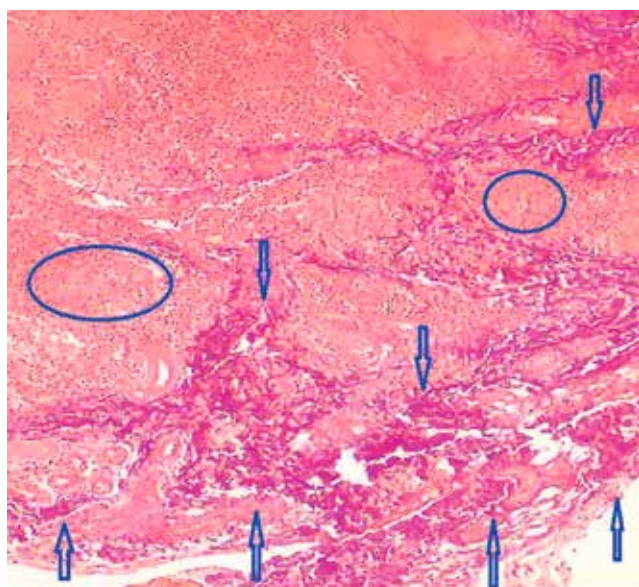


Рис. 3. Гистологическое исследование кожи, окраска по Ван-Гизону ($\times 100$). В глубоких слоях дермы определяются грубые, неравномерно утолщенные и местами разнонаправленные пучки коллагеновых волокон (выделены синей стрелкой) и признаки некроза с наличием гигантоклеточных гранулем (обведены синим курсором)

Fig. 3. Histological examination of the skin, Van Gieson stain (magnification $\times 100$). In the deep layers of the dermis, rough, unevenly thickened and sometimes multidirectional bundles of collagen fibers (highlighted with a blue arrow) and signs of necrosis with the presence of giant cell granulomas (circled with a blue cursor) are determined

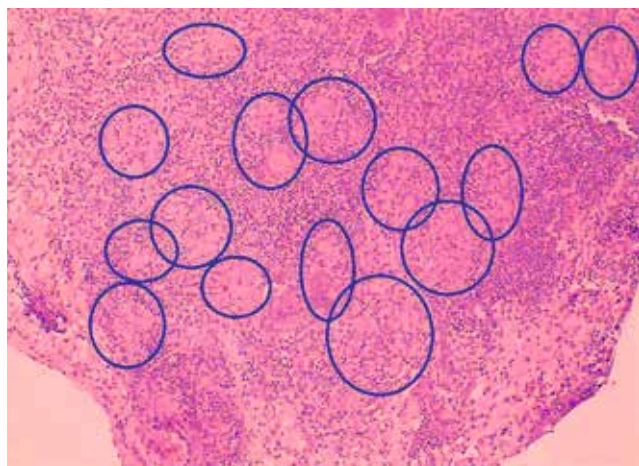


Рис. 4. Гистологическое исследование кожи, окраска гематоксилином и эозином ($\times 100$). Многочисленные гигантоклеточные гранулемы без некроза (обведены синим курсором)

Fig. 4. Histological examination of the skin, stained with hematoxylin and eosin (magnification $\times 100$). Numerous giant cell granulomas without necrosis (circled in blue)

Был поставлен диагноз: периоральный дерматит, гранулематозная форма.

Лечение. Нами был назначен длительный прием внутрь антибиотика группы макролидов, периоральную область — блокаторы кальциневрина, эмоленты и мази с содержанием цинка. Даны рекомендации по диете и быту.

Исход и результаты последующего наблюдения. На фоне проводимого лечения высыпания в периоральной области разрешились. Отмечалась стойкая ремиссия.

Обсуждение

Уникальность данного случая в том, что бесконтрольное и длительное использование наружных глюкокортикостероидных препаратов привело к ухудшению кожного процесса и утяжелению заболевания пациента.

Гранулематозную форму периорального дерматита необходимо дифференцировать с саркоидозом, себорейным дерматитом, атопическим дерматитом. Для саркоидоза характерна вариация кожного процесса в широких пределах. В большинстве случаев визуализируются безболезненные уплотнения кожи багрово-синюшной окраски по периферии и атрофичные, более бледные в центре, расположенные симметрично на коже лица, туловища, конечностей. При заживлении часто образуются рубцы. Для гранулематозной формы периорального дерматита нехарактерна симметрия высыпаний, а цвет их может варьировать от нормального цвета кожи до красно-коричневого. Разрешение высыпаний происходит без рубцевания.

Для себорейного дерматита характерна локализация высыпаний в области скул, носогубных складок, крыльев носа, лба, надпереносья, бровей и, как правило, это сочетается с поражением волосистой части головы. Высыпания эритематозные, могут быть с инфильтрацией и покрытые корками. В области поражения оттенок кожи серовато-белый или желтовато-красный.

При атопическом дерматите редко встречается изолированное поражение лица. Характерно расположение высыпаний в области предплечий и голеней. Высокий уровень иммуноглобулина E свидетельствует в пользу атопического дерматита.

Для верификации диагноза требуется проведение гистологического исследования.

При проведении гистологического исследования нами были выявлены следующие признаки, характерные для гранулематозного периорального дерматита: в фолликулах очаги некроза, макрофаги с примесью нейтрофильных лейкоцитов, единичных эозинофилов и гигантских многоядерных макрофагов. В глубоких слоях дермы грубые, неравномерно утолщенные и местами разнонаправленные пучки коллагеновых волокон с признаками некроза и наличием гигантоклеточных гранулем, а также многочисленные гигантоклеточные гранулемы без некроза, экзоцитоз лимфоцитов, что характерно для гранулематозного дерматита.

В лечении мы использовали длительный прием антибактериальных препаратов из группы макролидов. Полностью отменили гормональные мази. Местно на очаги поражения, расположенные в периоральной области, были назначены наружные средства из группы блокаторов кальциневрина, эмоленты и мази с содержанием цинка. В течение месяца все высыпания у пациента разрешились полностью.

Заключение

Дети, страдающие периоральным дерматитом, должны находиться под диспансерным наблюдением дерматолога, педиатра. При лечении данной нозологии нежелательно использовать наружные глюкокортикостероиды. Прогноз при данном заболевании благоприятный. ■

Литература/References

1. Kellen R, Silverberg NB. Pediatric periorificial dermatitis. *Cutis*. 2017;100(6):385–388.
2. Goel NS, Burkhart CN, Morrell DS. Pediatric periorificial dermatitis: clinical course and treatment outcomes in 222 patients. *Pediatr Dermatol*. 2015;32(3):333–336. doi: 10.1111/pde.12534
3. Douglas A, Zaenglein AL. A case series of demodicosis in children. *Pediatr Dermatol*. 2019;36(5):651–654. doi: 10.1111/pde.13852
4. Clementson B, Smidt AC. Periorificial dermatitis due to systemic corticosteroids in children: report of two cases. *Pediatr Dermatol*. 2012;29(3):331–332. doi: 10.1111/j.1525-1470.2011.01651.x
5. Abele DC. 'Moisturizers' and perioral dermatitis. *Arch Dermatol*. 1977;113(1):110. doi: 10.1001/archderm.1977.01640010112025
6. Malik R, Quirk CJ. Topical applications and perioral dermatitis. *Australas J Dermatol*. 2000;41(1):34–38. doi: 10.1046/j.1440-0960.2000.00385.x
7. Dirschka T, Szliska C, Jackowski J, Tronnier H. Impaired skin barrier and atopic diathesis in perioral dermatitis. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2003;1(3):199–203. doi: 10.1046/j.1610-0387.2003.02039.x
8. Guarneri F, Marini H. An unusual case of perioral dermatitis: possible pathogenic role of neurogenic inflammation. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21(3):410–412. doi: 10.1111/j.1468-3083.2006.01894.x
9. Wollenberg A, Oppel T. Scoring of skin lesions with the Perioral Dermatitis Severity Index (PODSI). *Acta Derm Venereol*. 2006;86(3):251–252. doi: 10.2340/00015555-0044
10. Oppel T, Pavicic T, Kamann S, Bräutigam M, Wollenberg A. Pimecrolimus cream (1%) efficacy in perioral dermatitis — results of a randomized, double-blind, vehicle-controlled study in 40 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21(9):1175–1180. doi: 10.1111/j.1468-3083.2007.02191.x

Участие авторов: все авторы несут ответственность за содержание и целостность всей статьи. Концепция и дизайн исследования — Т.Ю. Мисякова; сбор и обработка материала — Г.Г. Гималиева; написание текста — Л.Г. Синицына; редактирование — Н.В. Краснова.

Authors' participation: all authors: approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article. Contribution: concept and design of the study — Tat'yana Y. Misyakova; collection and processing of material — Geliya G. Gimalieva; text writing — Larisa G. Sinitsyna; editing — Nadezhda V. Krasnova.

Информация об авторах

*Синицына Лариса Геннадьевна — врач-дерматовенеролог; адрес: Россия, 428034, Чебоксары, улица Пирогова, д. 6; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4063-9306>; eLibrary SPIN: 5833-2480; e-mail: Laricasi-niczyna@yandex.ru

Краснова Надежда Васильевна — к.м.н.; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4021-5116>; eLibrary SPIN: 5852-2210; e-mail: rkvd@med.cap.ru

Гималиева Гелия Гарифетдиновна — врач-дерматовенеролог; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4861-447X>; eLibrary SPIN: 5867-2990; e-mail: gimalieva@yandex.ru

Мисякова Татьяна Юрьевна — врач-дерматовенеролог; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6991-9643>; eLibrary SPIN: 5867-2880; e-mail: misyakova@yandex.ru

Information about the authors

*Larisa G. Sinitsyna — Dermatovenereologist; address: 6 Pirogova street, 428034 Cheboksary, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4063-9306>; eLibrary SPIN: 5833-2480; e-mail: Laricasiniczyna@yandex.ru

Nadezhda V. Krasnova — MD, Cand. Sci. (Med.); ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4021-5116>; eLibrary SPIN: 5852-2210; e-mail: rkvd@med.cap.ru

Geliya G. Gimalieva — Dermatovenereologist; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4861-447X>; eLibrary SPIN: 5867-2990; e-mail: gimalieva@yandex.ru

Tat'yana Y. Misyakova — Dermatovenereologist; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6991-9643>; eLibrary SPIN: 5867-2880; e-mail: misyakova@yandex.ru

Статья поступила в редакцию: 27.07.2022

Принята к публикации: 18.11.2022

Дата публикации онлайн: 02.02.2023

Submitted: 27.07.2022

Accepted: 18.11.2022

Published online: 02.02.2023