

<https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-1-46-51>

Фолликулярный опухолевидный красный плоский лишай (*lichen planus follicularis tumidus*)

Чепуштанова К. О., Горбунов Ю. Г., Белоусова И. Э., Самцов А. В.

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации
194044, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

В статье приводится клиническое наблюдение пациентки с редкой формой красного плоского лишая — *lichen planus follicularis tumidus*. Приведены данные литературы о клинических особенностях этого редкого дерматоза, рассмотрены вопросы дифференциальной диагностики и лечения.

Ключевые слова: красный плоский лишай, фолликулярный опухолевидный красный плоский лишай, *lichen planus follicularis tumidus*, дифференциальная диагностика, милиумы

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Для цитирования: Чепуштанова К. О., Горбунов Ю. Г., Белоусова И. Э., Самцов А. В. Фолликулярный опухолевидный красный плоский лишай (*lichen planus follicularis tumidus*). Вестник дерматологии и венерологии. 2019;95(1):46–51. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-1-46-51>

Lichen planus follicularis tumidus

Kseniya O. Chepushtanova*, Yury G. Gorbunov, Irena E. Belousova, Aleksey V. Samtsov

S. M. Kirov Military Medical Academy, Ministry of Defence of the Russian Federation
Akademika Lebedeva str., 6, Saint Petersburg, 194044, Russian Federation

In this work, the authors described a case of a patient with *lichen planus follicularis tumidus* (LPFT), an extremely rare variant of lichen planus. The article provides an overview of literature on clinical features characterizing this rare condition. Differential diagnosis as well as treatment of this condition is considered.

Keywords: **lichen planus, lichen planus follicularis tumidus, differential diagnosis, milia**

Conflict of interest: the authors state that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

For citation: Chepushtanova K. O., Gorbunov Yu. G., Belousova I. E., Samtsov A. V. *Lichen planus follicularis tumidus*. Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2019;95(1):46–51. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-1-46-51>

■ Фолликулярный опухолевидный красный плоский лишай (*lichen planus follicularis tumidus*, LPFT) представляет собой редкий вариант красного плоского лишая и характеризуется опухолевидными образованиями в виде фиолетовых бляшек с многочисленными кистами и комедонами на поверхности. Типичной локализацией высыпаний является заушная область. Реже в процесс могут вовлекаться надключичная, подчелюстная области, а также кожа ушных раковин, щек, подбородка и волосистой части головы. На настоящий момент в мировой литературе описано 17 случаев данного заболевания. В связи с редкостью дерматоза приводим наше собственное наблюдение.

Описание клинического случая

Больная К., 65 лет, обратилась в клинику кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова с жалобами на высыпания в области кожи лица. Считает себя больной в течение семи лет, когда впервые обнаружила высыпания в области туловища, представленные папулами полигональной формы фиолетового цвета, не сопровождающиеся субъективными ощущениями. В дальнейшем отметила прогрессирующее выпадение волос в затылочно-теменной области с последующим формированием очага рубцовой алопеции. Четыре года назад отметила появление новых высыпаний в области правой половины лица в виде пятен коричневато-фиолетового цвета, не сопровождавшихся субъективными ощущениями. На протяжении последних четырех лет отмечает рост пятен по периферии и формирование на их поверхности новых элементов в виде множественных милиумов. За медицинской помощью не обращалась, терапию не получала.

При осмотре на коже в области правой щеки, правой половины лба, предушной и височной областей имелись бляшки коричневато-фиолетового цвета, размерами до 7,0 см в диаметре, с множественными кистами на поверхности (рис. 1). В области волосистой части головы визуализировался очаг рубцовой алопеции размером 3,0×5,0 см в диаметре (рис. 2).

Была выполнена диагностическая биопсия элемента кожи лба. При гистологическом исследовании обнаруживались множественные частично сливающиеся инфундибулярные кисты, заполненные роговыми массами и окруженные плотным лихеноидным лимфоцитарным инфильтратом, состоящим преимущественно из CD8⁺-лимфоцитов (рис. 3, 4). Соотношение CD8:CD4 клеток было примерно 3:1. CD20-позитивные В-лимфоциты образовывали небольшие скопления. Плазматоидные дендритные CD123⁺-клетки были рассеяны в инфильтрате.

На основании данных клинической картины и гистологического исследования был установлен диагноз — фолликулярный опухолевидный красный плоский лишай.

Пациентке была предложена терапия препаратом циклоспорин, от которой она категорически отказалась.

Обсуждение

В 1977 г. Balaich и соавт. впервые описали 3 пациентов с атипичной формой красного плоского лишая, локализованной в заушной области, и предложили назвать это заболевание «фолликулярная опухолевидная форма красного плоского лишая» (*lichen planus follicularis tumidus*, LPFT) [1]. Очаги поражения были представлены опухолевидными образованиями мягкой или плотной консистенции с милиумами на поверхности, в сочетании с характерными плоскими папулами красно-фиолетового цвета на других участках кожного покрова. В том же году Grupper и соавт. описали новый случай LPFT в сочетании с классическими проявлениями красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта [2]. В 1980 г. Baptista и соавт. наблюдали первый случай LPFT с локализацией в области щек [3]. Rongioletti и соавт. предложили название данному состоянию *agminate lichen follicularis with cysts and comedones*. Однако это не нашло применения на практике [4].

На настоящий момент в литературе описано 17 случаев LPFT. Заболевание преимущественно встречается у женщин среднего возраста, однако описаны случаи заболевания у мужчин. LPFT клинически проявляется крас-



Рис. 1. Пациентка К. 65 лет, бляшки коричневато-фиолетового цвета с множественными кистами на поверхности
Fig. 1. Patient K. 65 y.o., brown-purple plaques with multiple cysts on the surface



Рис. 2. Больная К. 65 лет, очаг рубцовой алопеции в области волосистой части головы размерами 3,0 × 5,0 см в диаметре
Fig. 2. Patient K. 65 y.o., scar alopecia focus in the scalp with dimension of 3.0 × 5.0 cm in diameter

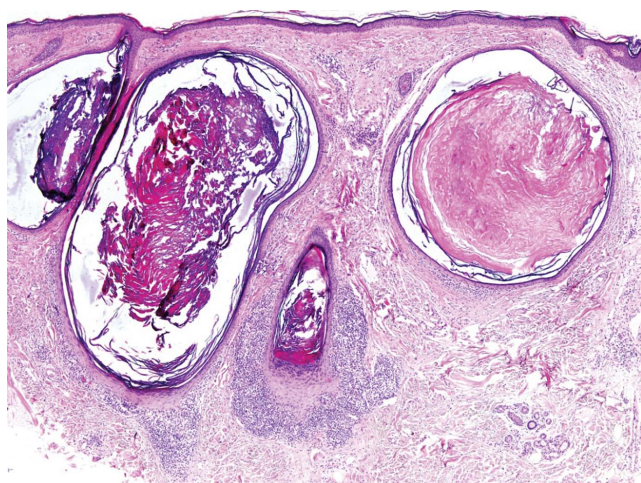


Рис. 3. Множественные частично сливающиеся инфундибулярные кисты, заполненные роговыми массами и окруженные плотным лихеноидным инфильтратом. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$
Fig. 3. Multiple partially fused infundibular cysts filled with horn masses and surrounded by dense lichenoid infiltrate. Staining with hematoxylin and eosin, $\times 100$

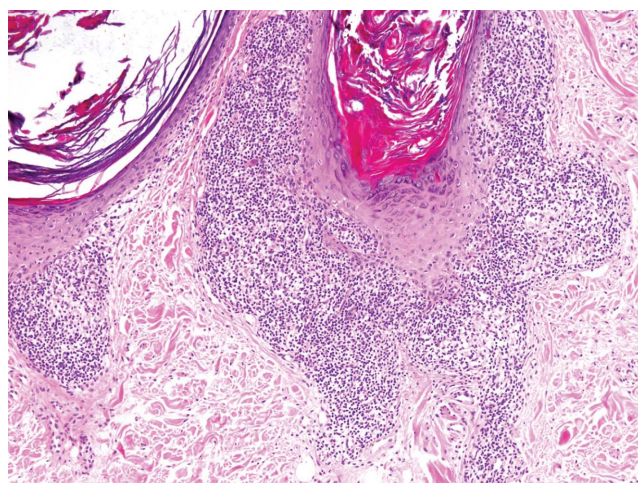


Рис. 4. Множественные частично сливающиеся инфундибулярные кисты, заполненные роговыми массами и окруженные плотным лихеноидным инфильтратом. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 200$
Fig. 4. Multiple partially fused infundibular cysts filled with horn masses and surrounded by dense lichenoid infiltrate. Staining with hematoxylin and eosin, $\times 200$

ными или фиолетовыми бляшками с многочисленными бело-желтыми кистами и комедонами, протекающими бессимптомно или сопровождающимися зудом. В ряде случаев может наблюдаться ониходистрофия. Заушная область является наиболее частой локализацией высыпаний [1, 3–6]. Реже встречаются высыпания в области шеи [7], щек [3, 4, 8], ушных раковин, подбородка [4], волосистой части головы, а также лобно-теменной и пояснично-крестцовой [6]. В некоторых случаях наблюдалась классическая клиническая картина красного плоского лишая. Однако у большинства пациентов бляшки с милиумами являлись единственным проявлением заболевания [1, 2, 8]. Гистологически LPFT характеризуется интрадермальными фолликулярными кистами, окруженными плотным лихеноидным инфильтратом, в котором могут быть обнаружены коллоидные массы и меланофаги. Наш случай описывает сочетание LPFT в области правой половины лица (с вовлечением лобно-теменной зоны, заушной области, а также области щек и подбородка) и рубцовой алопеции волосистой части головы без каких-либо проявлений красного плоского лишая на коже и слизистых оболочках. Гистологические изменения были характерны для данного состояния.

Милиумы являются разновидностью эпидермальных (инфундибулярных) кист, заполненных кератином. Среди них выделяют первичные, возникшие спонтанно на фоне видимо неизменной кожи, и вторичные, которые могут быть следствием ранее перенесенной травмы, длительного использования топических глюкокортикостероидов, системной терапии или проявлением различных заболеваний, таких как субэпидермальные буллезные дерматозы, поздняя кожная порфирия, дискоидная красная волчанка и фолликулярная форма грибкового микоза. Заболевание, описанное впервые в 1903 г. Balzer and Bouquet как *milium confluent retroauriculaires bilateral* (сливающиеся двусторонние заушные милиумы) [9] и в последующем переименованное Hubler и соавт. в 1978 г. в *milienplaque* (MEP), является редкой формой первичных милиумов и характеризуется множественными элементами на фоне эри-

тематозных, инфильтрированных бляшек с локализацией в заушной области [10].

Lucke и соавт. описали 5 случаев образования кист у больных с красным плоским лишаем в стадии разрешения элементов и 1 случай при развитии лихеноидной реакции на татуировку. Они полагали, что возникновению милиумов может способствовать повреждение инфундибулярной части волосяных фолликулов вследствие выраженной лихеноидной реакции с вакуольной дегенерацией базальных кератиноцитов [11].

Дифференциальную диагностику LPFT проводят с первичной *milien en plaque*, трихоаденомой Nikolowski, фолликулярным вариантом грибкового микоза [12, 13] и дискоидной красной волчанкой [14]. Также следует исключить синдром Favre-Racouhort (также известный как узловатый эластоз), поражающий в основном подверженные солнечному воздействию периорбитальные области преимущественно у пожилых людей [15].

Первичная MEP, в отличие от LPFT, характеризуется отсутствием лихеноидного инфильтрата вокруг кистозных образований, однако несколько описанных в литературе случаев MEP характеризовались гистологической картиной, идентичной LPFT, подтверждающей гипотезу большинства авторов о том, что они являются клиническим проявлением одного дерматоза [16, 17].

В литературе описаны случаи возникновения MEP у пациентов с уже установленным диагнозом дискоидной красной волчанки (ДКВ) и как первичное проявление ДКВ [14, 16, 18, 19, 21]. ДКВ, в отличие от LPFT, характеризуется отложением муцина в дерме, а также иммунных комплексов, которые могут быть выявлены методом прямой РИФ [14, 16, 21].

Фолликулярная форма грибкового микоза — редкий вариант Т-клеточной лимфомы кожи. Клинически может проявляться комедонами, эпидермальными кистами и фолликулярными папулами. Заболевание гистологически характеризуется перифолликулярным инфильтратом атипичных Т-лимфоцитов с церебриформными ядрами. Иногда может наблюдаться сопутствующий фолликулярный муциноз [11, 22, 23].

По данным ряда авторов, LPFT имеет склонность к хроническому рецидивирующему течению и плохо поддается терапии. Топические и системные глюкокортикостероиды могут давать хороший терапевтический эффект, который сохраняется, как правило, только во время терапии. Ряд авторов рекомендуют системные ретиноиды [4, 24]. Данные по применению топических ретиноидов противоречивы. Одни авторы считают, что они неэффективны, другие получали положительный эффект [25]. Хирургическое иссечение обычно вызыва-

ет рецидив заболевания. Не исключается возможность применения криотерапии, дермабразии, фотодинамической терапии. Описан случай применения циклоспорина с хорошим терапевтическим эффектом [26].

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что фолликулярный опухолевидный красный плоский лишай является редким дерматозом, что в определенной мере объясняет трудность его диагностики и отсутствие эффективных общепринятых методов терапии. ■

Литература/References

1. Belaich S., Bonvalet D., Civatte J. Lichen plan folliculare tumidus retro-auriculaire. *Ann Dermatol Venerol.* 1977;104:147.
2. Grupper C., Bensoussan L. Lichen plan folliculaire tumidus retro-auriculaire bilatéral associé à un lichen plan buccal banal leucokeratosique et érosif. *Ann Dermatol Venerol.* 1977;104:151.
3. Baptista A. P., Rodrigues J. B., Cortesao J. Lichen plan folliculare tumidus. *Ann Dermatol Venerol.* 1980;107:1057.
4. Rongioletti F., Ghigliotti G., Gambini C., Rebora A. Agminate lichen follicularis with cysts and comedones. *British Journal of Dermatology.* 1990;122:844–845.
5. Tsoitis G., Papadimitriou C., Asvesti C. et al. Retroauricular dermatitis of the "milia en plaque" type. *Ann Dermatol Venerol.* 1993;120(1):58–64 [In French].
6. Vazques Garcia J., Perez O. N., Peireio Ferreiros M. M., Toribio J. Lichen planus follicularis tumidus with cysts and comedones. *Clin Exp Dermatol.* 1992;17:346.
7. Aloï F. G., Del Piano A. C. Follicular lichen planus tumidus. *G Ital Dermatol Venerol.* 1985;120(6):447–449 [In Italian].
8. Jiménez-Gallo D., Albarrán-Planellas C., Linares-Barrios M. et al. Facial follicular cysts: a case of lichen planus follicularis tumidus? *J Cutan Pathol.* 2013;40(9):818–822.
9. Balzer F. Milium confluent retroauriculaires bilatéral. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie.* 1903;14:361.
10. Stefanidou M. P., Panayotides J. G., Tosca A. D. Milia en Plaque: a case report and review of the literature. *Dermatol Surg.* 2002;28:291–295.
11. Lucke T., Fallowfield M., Burden D. Lichen planus associated with milia. *Clin Exp Dermatol.* 1999;24:266.
12. Gabriel-Carbia S., Malah V., Glorio R. et al. Milia en placa en varias y sucesivas áreas. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2005;33:183.
13. Fraser-Andrews E., Ashton R., Russel-Jones R. Pilotropic mycosis fungoides presenting with multiple cysts, comedones and alopecia. *Br J Dermatol.* 1999;140:141.
14. Rahbari H., Mehregan A. H., Pinkus H. Trichoadenoma of Nikolowski. *Journal of Cutaneous Pathology.* 1977;4:90–95.
15. de Anda G., Vignale R., Carlevara A., Cassela de Vilboa E. Quistes en placas infundibulares retroauriculares. *Medicina Cutanea Ibero latinoamericana.* 1985;13:331–334.
16. Belhadjali H., Youssef M., Yahia S., Njim L., Zakhama A., Zili J. Milia en plaque and discoid lupus erythematosus. *Clin Exp Dermatol.* 2009;34:356.
17. Gabriel-Carbia S., Malah V., Glorio R. et al. Milia en placa en varias y sucesivas áreas. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2005;33:183.
18. Boehm I., Schupp G., Bauer R. Milia en plaque arising in discoid lupus erythematosus. *Br J Dermatol.* 1997;137(4):649–651.
19. de Wet J., Joordan H. F., Visser W. I. Bilateral malar milia en plaque as primary presentation of discoid lupus erythematosus. *JAAD case Rep.* 2017;3(2):106–109.
20. Losada-Campa A., De La Torre-Fraga C., Cruces-Prado M. Milia en plaque. *Br J Dermatol.* 1996;134:970–972.
21. Kouba D. J., Owens N. M., Mimouni D., Klein W., Nousari C. H. Milia en plaque: a novel manifestation of chronic cutaneous lupus erythematosus. *Br J Dermatol.* 2004;149:424.
22. Torres T., Velho G., Alves R., Selores M. Widespread comedones as the sole clinical manifestation of follicular mycosis fungoides. *Eur J Dermatol.* 2010;20:534.
23. Leverkus M., Rose C., Brocker E. B., Goebeler M. Follicular cutaneous T-cell lymphoma: beneficial effect of isotretinoin for persisting cysts and comedones. *Br J Dermatol.* 2005;152:193.
24. Gimenes R., Velasco C. Liqueplano follicular tumidus retroauricular: a proposito de un caso. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:193.
25. Hubler W. R., Rudolph A. H., Kelleher R. M. Milia en plaque. *Cutis.* 1978;22:67–70.
26. Jimenez-Gallo D., Albarran-Planellas C., Linares-Barrios M. et al. Facial follicular cysts: a case of lichen planus follicular tumidus? *J Cutan Pathol.* 2013;40:8818–8820.

Информация об авторах

Ксения Олеговна Чепуштанова* — врач-ординатор кафедры кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации; e-mail: kseniyachepushtanova@mail.ru

Юрий Геннадьевич Горбунов — доцент, ассистент кафедры кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации

Ирэна Эдуардовна Белоусова — д.м.н., профессор кафедры кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации

Алексей Викторович Самцов — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации; e-mail: avsamstov@mail.ru

Information about the authors

Kseniya O. Chepushtanova* — Registrar, Department of Skin and Venereal Diseases, S. M. Kirov Military Medical Academy, Ministry of Defence of the Russian Federation; e-mail: kseniyachepushtanova@mail.ru

Yury G. Gorbunov — Associate Professor, Teaching Assistant, Department of Skin and Venereal Diseases, S. M. Kirov Military Medical Academy, Ministry of Defence of the Russian Federation

Irena E. Belousova — Dr. Sci. (Med.), Prof., Department of Skin and Venereal Diseases, S. M. Kirov Military Medical Academy, Ministry of Defence of the Russian Federation

Aleksey V. Samstov — Dr. Sci. (Med.), Prof., Departmental Head, Department of Skin and Venereal Diseases, S. M. Kirov Military Medical Academy, Ministry of Defence of the Russian Federation; e-mail: avsamstov@mail.ru