

Лейомиома кожи — клиническое наблюдение

М.Н. Шеклакова, И.А. Каппушева, О.Р. Катунина, М.М. Бутарева, Н.В. Самарова,
М.А. Нефедова

ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии», Минздрава России
107076, Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6

Представлено описание клинического наблюдения достаточно редкого новообразования — лейомиомы кожи спины у больной 56 лет. В статье подробно описываются клиническая картина, дифференциальная диагностика, патогистологическая картина заболевания. На фоне лечения блокаторами кальциевых каналов в сочетании с α -адреноблокаторами достигнуто купирование болевого синдрома.

Ключевые слова: **лейомиома, дифференциальная диагностика.**

Контактная информация: butareva@cnikvi.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2013; (2): 62—66.

Skin leiomyoma — clinical observation

M.N. Sheklakova, I.A. Kappusheva, O.R. Katunina, M.M. Butareva, N.V. Samarova,
M.A. Nefedova

State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Health Care of the Russian Federation
Korolenko str. 3, bldg 6, 107076, Moscow, Russia

The authors describe a clinical observation of quite a rare neoplasm such as back skin leiomyoma in a female patient aged 56. They describe the clinical picture, differential diagnostics and pathohistological picture of the disease. The pain syndrome was arrested due to the treatment with calcium channel blockers in a combination with alpha-blockers.

Key words: **leiomyoma, differential diagnostics.**

Corresponding author: butareva@cnikvi.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2013; 2: 62—66.

■ Лейомиома кожи (*leiomyoma cutis*) — редко встречающаяся доброкачественная опухоль, локализуемая в дерме и происходящая из гладких мышц [1], первое описание которой принадлежит Вирхову (1854) [2]. Лейомиомы кожи занимают второе место по частоте встречаемости после лейомиом матки (75% от общего числа внематочных лейомиом) [3].

Различными авторами описаны семейные случаи заболевания [4], в частности Рид-синдром, или семейный лейомиоматоз, характеризующийся наличием множественной лейомиомы кожи и лейомиомы матки у женщин, а также частым сочетанием с почечно-клеточным раком [5—8].

Манифестация лейомиомы кожи происходит чаще у взрослых (на втором — четвертом десятилетии жизни), описания случаев лейомиомы кожи у детей единичны. Солитарные поражения чаще возникают у мужчин, множественные — у женщин. Постепенно число и размер очагов лейомиомы увеличиваются.

Классификация

В зависимости от гистогенетического источника в настоящее время различают три типа лейомиомы кожи [1, 4].

I тип — лейомиома, развивающаяся из мышц, поднимающих волос (син.: пиллярная лейомиома, пилолейомиома) [5—10]. Высыпания представлены плотными узелками полушаровидной формы, застойно-красного цвета с коричневатым или синюшным оттенком, с гладкой блестящей поверхностью, величиной от 0,1 до 1 см в диаметре. Узлы локализируются изолированно или сгруппированно, асимметрично, на туловище, разгибательных поверхностях конечностей, боковых поверхностях шеи [1, 4]. Описано медленное сокращение узелков лейомиомы при охлаждении [1]. Механическое раздражение (трение одеждой, чесывание, давление или прикосновение) и охлаждение могут сопровождаться интенсивными болями. Возможно возникновение спонтанных приступов невыносимых болей длительностью от нескольких минут до нескольких часов, при которых наблюдаются расширение зрачков, снижение артериального давления, побледнение кожи.

II тип — дартоидная (генитальная) лейомиома, развивающаяся из *tunica dartos* мошонки и мышечных волокон, располагающихся радиально в дерме. Опухоли имеют плотную консистенцию, могут быть мелкими поверхностными (0,5—1 см) или крупными подкожными (3—10 см и более). В отличие от пиллярной лейомиомы при пальпации опухолевых узлов боли не отмечается [1, 11].

III тип — ангиолейомиома, развивающаяся из мышечных элементов стенок мелких сосудов [3—5, 8, 12, 13]. Опухоли, чаще солитарные, имеют округлую или овальную форму, четкие границы, плотную консистенцию, розовую или темно-красную окраску, распо-

ложены в области крупных (коленных, голеностопных) суставов, достигают диаметра 4 см. При пальпации опухолевых узлов или воздействии на них низких температур отмечается болезненность [1, 14].

Патогистологическая картина

При гистологическом исследовании пилолейомиомы характеризуются формированием опухолевых узлов без четких границ, состоящих из переплетающихся толстых пучков гладкомышечных волокон, чередующихся с пучками коллагеновых волокон. Опухоли локализируются в дерме, могут прорастать в подкожные ткани. Для гладкомышечных волокон характерна эозинофильная цитоплазма и типичная сигароподобная форма ядра. При использовании окраски по методу Ван-Гизона мышечные пучки лейомиомы окрашиваются в желтый цвет, а соединительная ткань — в красный [1, 5]. При проведении иммуногистохимического исследования с антителами к десмину и гладкомышечному α -актину выявляется положительная реакция [10].

Ангиолейомиома при гистологическом исследовании сходна с пилолейомиомой, однако имеет четкие границы и капсулу. В стенках крупных вен обнаруживаются гиперплазированные гладкомышечные волокна, переходящие в ткань опухоли. В дальнейшем отмечаются расширение сосудов и разрастание соединительнотканых элементов с формированием склероза [12].

При патоморфологическом исследовании дартоидных лейомиом выявляется большое количество подкожных неинкапсулированных опухолей, состоящих из переплетения гладкомышечных и коллагеновых волокон с редким вовлечением сосудов [1].

Дифференциальная диагностика

Дифференциальный диагноз при лейомиоме следует проводить с невриномой, фибромой кожи, нейрофиброматозом, лейомиосаркомой [14].

При невриноме образования развиваются по ходу нервных стволов. По мере их роста возникает болезненность, которая с течением времени усиливается. Ткань опухоли на разрезе бледно-серая, с участками, имеющими желтый, ржавый оттенок за счет жировых отложений либо буро-коричневый цвет, в ней часто встречаются кисты различных размеров, заполненные буро-коричневой жидкостью. Гистологическая картина характеризуется наличием веретенообразных клеток с палочкоподобными ядрами. Клетки и волокна опухоли образуют «палисадные» структуры (ядерные палисады, тельца Верокаи) [12].

Дерматофиброма — доброкачественная соединительнотканная опухоль кожи, для которой характерно медленное развитие, а также патогномичный «симптом ямочки»: при легком сдавлении опухоли большим и указательным пальцами узел уходит вглубь

кожи, оставляя западение. Дерматофибромы обычно единичные, у некоторых лиц их может насчитываться несколько десятков. Гистологическая картина фибромы характеризуется скоплением фибробластов, фиброцитов и коллагеновых волокон. От выраженности сети коллагеновых волокон зависит плотность опухолей [15].

Клинические признаки нейрофиброматоза, в отличие от лейомиомы, обнаруживаются сразу же после рождения или в раннем детстве, значительно реже манифестируют во взрослом возрасте. Высыпания представлены узлами по ходу нервных стволов, а также множественными пятнами цвета «кофе с молоком» и пигментными гамартомами радужки (узелками Лиша). Нейрофибромы и пигментные пятна могут возникать не только на коже, но и на слизистых оболочках, часто сопровождаются неврологическими, психическими и гормональными нарушениями, а также изменениями в костях. Гистологически для нейрофиброматоза характерно расположение опухоли в дерме и верхней части подкожной жировой клетчатки. Опухоли не имеют капсулы, состоят из веретенообразных и округлых клеток, содержат много тканевых базофилов. Строма представлена рыхло расположенными эозинофильными коллагеновыми волокнами, пучки которых переплетаются и идут в разных направлениях, а также тонкостенными сосудами [1].

Злокачественное перерождение кожной лейомиомы в лейомиосаркому происходит крайне редко. Лейомиосаркома чаще регистрируется у лиц среднего и пожилого возраста, почти всегда солитарная, размером до 15—20 см. Дифференциальный диагноз с лейомиомой проводят при гистологическом исследовании: при лейомиосаркоме отмечается увеличение количества митозов и числа клеток, плеоморфизм, наличие в клетках миофибрилл. При иммуногистохимическом исследовании с антителами к десмину и гладкомышечному α -актину, так же как и при лейомиомах, отмечается положительная реакция [12].

Лечение

В настоящее время отсутствуют методы лечения, эффективно препятствующие прогрессированию опухолевого процесса. В связи с этим терапия является симптоматической и направлена на предотвращение болевого синдрома. При ограниченных высыпаниях проводят деструкцию опухолей методами электро- или лазерной коагуляции, криодеструкцию [5]. По данным исследований зарубежных авторов, криотерапия и электрокоагуляция малоэффективны [16], положительные результаты отмечены только после CO_2 -лазерной абляции [17]. В отношении механизма возникновения боли при лейомиомах существует множество гипотез, включая сдавление нервных волокон при сокращении гладкомышечных клеток при прорастании опухоли в нижележащие отделы дермы, увели-

чение числа нервных элементов в области опухолевых очагов [3, 11]. Сокращение мышц, поднимающих волосы, происходит под влиянием импульсов симпатической нервной системы. После выделения норадреналина постганглионарными нервными волокнами происходит транспорт ионов кальция в мышечные клетки из внеклеточной жидкости и развивается мышечное сокращение. В соответствии с описанным механизмом симптоматическое лечение лейомиомы заключается в назначении блокаторов кальциевых каналов пролонгированного действия и α -адреноблокаторов [18—20].

Приводим собственное наблюдение (больная продемонстрирована на заседании Московского общества дерматовенерологов № 1065 от 16 декабря 2011 г.).

Больная С., 56 лет, в сентябре 2011 г. обратилась в консультационно-диагностический центр ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» (ГНЦДК) Минздрава России с жалобами на высыпания на коже поясничной области и в области правой лопатки, сопровождающиеся спонтанными ноющими болями длительностью до нескольких минут. Считает себя больной с 2001 г., когда впервые появились высыпания на коже в области правой надлопаточной области. Так как высыпания не сопровождались субъективными ощущениями, пациентка за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась. В сентябре 2010 г. пациентка впервые отметила появление болезненности высыпаний на коже в области правой лопатки, а также появление новых очагов на коже поясничной области. Дерматологом по месту жительства была назначена наружная терапия мазью Дермовейт, без эффекта. В связи с распространением высыпаний пациентка обратилась в КДЦ «ГНЦДК».

При осмотре в консультационно-диагностическом центре ФГБУ «ГНЦДК» кожный статус характеризовался распространенными мономорфными асимметричными высыпаниями, локализованными на коже поясничной и правой надлопаточной области (рис. 1). Элементы сыпи были представлены плотными приподнятыми узелками диаметром 0,2—0,5 см, правильной формы, округлых очертаний, с четкими границами и гладкой, блестящей поверхностью, коричневатого цвета. Субъективно отмечалась болезненность в области элементов.

На основании данных анамнеза и клинической картины был поставлен предварительный диагноз «Лейомиома? Лимфангиома?» и проведена биопсия кожи с последующим гистологическим исследованием.

Результаты гистологического исследования: «Эпидермис не изменен. Опухолевый узел пиллярной лейомиомы четко ограничен от окружающей дермы и состоит из переплетающихся между собой толстых пучков гладкомышечных волокон с умеренными соединительнотканскими прослойками. Заключение:



а

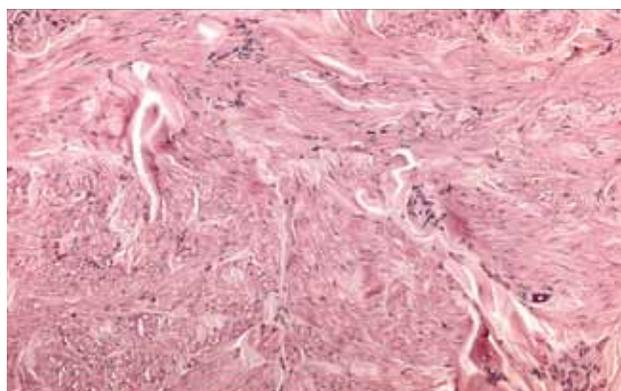


б



в

Рис. 1. Лейомиома кожи у больной С. Высыпания на коже правой надлопаточной области (а) в виде плотных возвышающихся узелков с гладкой блестящей поверхностью (б), распространившиеся на кожу поясничной области (в)



а



б

Рис. 2. При гистологическом исследовании выявлены переплетающиеся между собой пучки гладкомышечных волокон с умеренными соединительнотканными прослойками: а — окраска гематоксилином и эозином, $\times 200$; б — окраска по методу Ван-Гизона, $\times 200$

выявленные изменения характерны для лейомиомы» (рис. 2).

Из сопутствующих заболеваний были выявлены: гипотиреоз, язвенная болезнь желудка, бронхиальная астма.

По результатам лабораторных исследований в общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом анализе крови патологических отклонений не обнаружено.

В качестве симптоматической терапии были назначены блокаторы кальциевых каналов в сочетании с α -адреноблокаторами (нифедипин внутрь по 10 мг 3 раза в сутки в течение 1 мес., празозин внутрь длительно по 0,5 мг 3 раза в сутки). Через 2 нед. на фоне лечения пациентка отметила купирование болевого синдрома. Рекомендовано продолжить прием препа-

ратов под наблюдением врача-дерматовенеролога по месту жительства.

Таким образом, лейомиома представляет собой редкое новообразование, верификация диагноза которого по клиническим проявлениям может быть затруднена. Предварительный диагноз был установлен в соответствии с клинической картиной — наличи-

ем высыпаний в виде приподнятых плотных гладких узелков коричневатого-красного цвета, болезненных в покое и при пальпации. Впоследствии диагноз был подтвержден при гистологическом исследовании. Купирование болевого синдрома произошло под действием блокаторов кальциевых каналов в сочетании с α -адреноблокаторами. ■

Литература

- White L.E., Levy R.M., Alam M. Leiomyoma. In: Wolff K., Goldsmith L.A., Katz S.I., Gilchrist B.A., Paller A.S., Leffell D.J., editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2008. pp. 1172—1173.
- Virchow R. Ueber Makroglossie und pathologische Neubildung quergestreifter Muskelfasern. Virchows Arch Pathol Anat 1854; 7: 126—38.
- Holst V.A., Junkins-Hopkins J.M., Elenitsas R. Cutaneous smooth muscle neoplasms: clinical features, histologic findings, and treatment options. J Am Acad Dermatol. 2002; 46: 477—490.
- Kohler S. Tumors of smooth muscle. In: Bologna J., Rapini R., Jorizzo J, editors. Dermatology. 2nd ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2008. pp. 1831—1835.
- Parreira L.M.L., Sipoli J.M.S., Mercante A.M.C., Orfali R.L. Caso para diagnóstico. Piloileiomioma múltiplo unilateral. An Bras Dermatol 2009; 84: 197—9.
- Kim G. Multiple cutaneous and uterine leiomyomatosis (Reed's syndrome). Dermatol Online J 2005; 11: 21.
- Alper M., Parlak A.H., Kavak A., Aksoy K.A. Bilateral multiple piloileiomyomas on the breast. Breast 2004; 13: 146—8.
- Alam M., Rabinowitz A.D., Engler D.E. Gabapentin treatment of multiple piloileiomyoma-related pain. J Am Acad Dermatol 2002; 46 (2 Suppl Case Reports): S27—9.
- Pacheco A.P., Ramos A.M.O., Rolim M.L.M. et al. Piloileiomioma múltiplo: relato de caso com diagnóstico diferencial. An Bras Dermatol 1995; 70: 43—6.
- Arrua G.G.A., Cadena G.M.M., Filippo A.A. et al. Piloileiomioma múltiplo: relato de três casos tratados com nifedipina. An Bras Dermatol 1991; 66: 303—5.
- Galil-Ogly G.A., Molochkov V.A., Sergeev Ju.V. Dermatoonkologija. M: 2005. [Галил-Оглы Г.А., Молочков В.А., Сергеев Ю.В. Дерматоонкология. М: 2005].
- Badeloe S., Frank J. Clinical and molecular genetic aspects of hereditary multiple cutaneous leiomyomatosis. Eur J Dermatol 2009; 19 (6): 545—51.
- Kalamkarjan A.A., Mordovcev V.N., Trofimova L.Ja. Klinicheskaja dermatologija. Redkie i atipichnye dermatozy. Erevan: «Ajastan»; 1989. [Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Клиническая дерматология. Редкие и атипичные дерматозы. Ереван: «Айастан»; 1989].
- Ivanov O.L., L'vov A.N. Spravochnik dermatovenerologa. M: 2001. [Иванов О.Л., Львов А.Н. Справочник дерматовенеролога. М: 2001].
- Dubenskiy V.V., Red'ko R.V., Garmonov A.A. Novooorzovaniya kozhi v praktike dermatovenerologa. Pod red. V.V. Dubenskogo. Tver': «Triada»; 2002. [Дубенский В.В., Редько Р.В., Гармонов А.А. Новообразования кожи в практике дерматовенеролога. Под ред. В.В. Дубенского. Тверь: «Триада»; 2002].
- Holst V.A., Junkins-Hopkins J.M., Elenitsas R. Cutaneous smooth muscle neoplasms: clinical features, histologic findings, and treatment options. J Am Acad Dermatol 2002; 46: 477—90.
- Christenson L.J., Smith K., Arpey C.J. Treatment of multiple cutaneous leiomyomas with CO2 laser ablation. Dermatol Surg 2000; 26: 319—22.
- Fadeeva E.I., Mordovtseva V.V., Molochkov A.V., Kryazheva S.S. Klinicheskie osobennosti mnozhestvennoy leyomiomy kozhi. Klin dermatol i venerol 2002; 1: 8—11. [Фадеева Е.И., Мордовцева В.В., Молочков А.В., Кряжева С.С. Клинические особенности множественной лейомиомы кожи. Клиническая дерматология и венерология 2002; 1: 8—11].
- Dubenskiy V.V., Vavilov A.M., Garmonov A.A., Dubenskiy V.I. Oпуkholi kozhi. V: Klinicheskaya dermatovenerologiya: v 2 t. Pod red. Yu.K. Skripkina, Yu.S. Butova. M.: GEOTAR-Media, 2009. T. II. s. 669—670. [Дубенский В.В., Вавилов А.М., Гармонов А.А., Дубенский В.И. Опухоли кожи. В: Клиническая дерматовенерология: в 2 т. Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. II. с. 669—670].
- Batchelor R.J., Lyon C.C., Highet A.S. Successful treatment of pain in two patients with cutaneous leiomyomata with the oral alpha-1 adrenoceptor antagonist, doxazosin. Br J Dermatol 2004; 150: 775—6.

об авторах:

М.Н. Шеклакова — к.м.н., врач-дерматовенеролог консультативно-диагностического центра ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва

И.А. Каппушева — к.м.н., врач-дерматовенеролог, ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва

О.Р. Катунина — д.м.н., доцент, заведующий лабораторией патоморфологии ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва

М.М. Бутарева — к.м.н., врач-дерматовенеролог, заведующий дневным стационаром ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва

Н.В. Самарова — врач-ординатор ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва

М.А. Нефедова — врач-ординатор ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва