

КОРЕЛЯТИВНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ДЕРМАТОСКОПІЄЮ ТА ПАТОГІСТОЛОГІЄЮ ПРИ СЕБОРЕЙНОМУ КЕРАТОЗІ

Дащук А.А.¹, Добржанська Є.І.¹, Рощенко Л.В.², Белова Я.В.

¹Харківський національний медичний університет

²Шкірно-венерологічне відділення КНП ХОР «ОКЛ»

Ключові слова: себорейний кератоз, меланоцитарний невус, меланома, базальноклітинний рак шкіри, плоскоклітинний рак шкіри.

Себорейний кератоз (СК) є одним з найбільш поширених новоутворень шкіри. Діагноз встановлюється легко, коли присутні типові клінічні ознаки: коричневий вузлик з папіломатозною та/або лускатою поверхнею. Однак СК може відрізнитися за кольором (від кольору шкіри до темно-коричневого, чорного) і формою (від плоскої макули до папули або навіть шкірного рога). Іноді СК піддається подразненню або запаленню, що може імітувати вигляд інших новоутворень, таких як меланоцитарний невус, меланома, плоскоклітинний клітинний рак шкіри (ПКР) і базальноклітинний рак шкіри (БКР). У більшості сумнівних випадків допомагає дерматоскопія.

Мета. Вивчити існуючі дерматоскопічні ознаки СК та інших новоутворень шкіри.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз доступних джерел літератури в друкованих та електронних форматах з дерматоскопії новоутворень шкіри.

Результати та обговорення. Відрізнити СК від інших новоутворень шкіри допомагає дерматоскопія. До основних дерматоскопічних ознак СК відносяться: звивини, борозни, тріщини – це розгалужені лінії, кольори яких варіюють від гіпопігментованих до коричневих, чорних і синіх. При поширенні по всьому ураженню ця ознака дає церебриформний або мозковидний вигляд. Патогістологічна кореляція звивин і борозн – це папіломатозна поверхня епідермісу. У деяких випадках їх вигляд може бути схожий на пігментну мережу меланоцитарних утворень, лінії яких зазвичай тонше, а отвори рівномірно розподілені та менші за розміром. Тест на чорнила є корисним для ідентифікації 3D структур СК і може допомогти відрізнити його від меланоцитарних уражень.

Шпилькоподібні судини. Також відомі, як лінійні або петлеподібні судини, що визначаються як дві паралельні лінійні судини, вони утворюють напівпетлю або шпилькоподібну структуру. Судини часто оточені білим ореолом при таких кератиноцитарних утвореннях, як СК та вірусні бородавки. Множинні мономорфні

шпилькоподібні судини з білим ореолом свідчать на користь СК. Однак подібні шпилькові судини можна спостерігати при меланомі, ПКР, БКР та інших новоутвореннях. Остаточний діагноз слід ставити на основі додаткових дерматоскопічних знахідок, а не лише шпилькоподібних судин. Патогістологічно шпилькоподібні судини відповідають розширеним капілярам дермальних сосочків. Збільшені капіляри через зміну орієнтації дермального сосочка виглядають як шпилькоподібні судини.

Комедоноподібні отвори. Вони являють собою щілини від круглих до овальних, що містять кератинову пробку, яка зазвичай темно-коричневого, сірого або чорного кольору. Комедоноподібні отвори патогістологічно відповідають псевдороговим кістам в епідермісі, що відкриваються на поверхню.

Міліумподібні кісти. Це округлі, обмежені, опалесцентні структури від білого до жовтуватого кольору, які патогістологічно відповідають інтраепідермальним кістам. Вони більш помітні при дослідженні за допомогою неполяризаційної дерматоскопії. Характерними є множинні міліумподібні кісти по всьому ураженню. Однак ці кісти не завжди свідчать про СК. А невелика кількість міліумподібних кіст можна виявити в меланоцитарному невусі, меланомі та БКР. Велика кількість (>3) і малий розмір ($<1/3$ мм) кіст особливо важливі для диференціації СК від меланоми.

До патогістологічних підтипів СК відносять: акантотичний тип. При цьому типі епідерміс помітно потовщений і містить ряд псевдорогових кіст. Цей найбільш поширений підтип СК демонструє такі типові дерматоскопічні ознаки як: комедоноподібні отвори, міліумподібні кісти і шпилькоподібні судини. Однак цей підтип може бути складним для діагностики через гіперпігментованість, яка виникає завдяки відкладенню меланіну. Подразнення або травматизація також може зробити дермоскопічні результати нетиповими.

Гіперкератотичний тип. При цьому типі виражений гіперкератоз і папіломатоз. Клінічна диференційна діагностика гіперкератотичного типу СК включає вірусні бородавки, актинічний кератоз, ПКР.

Сітчастий тип. Цей тип рідкісний, при ньому спостерігаються ділянки базалоїдних клітин, які простягаються від епідермісу до дерми утворюючи ретикулярну архітектуру. Сітчастий тип вважається таким, що має тісний клінічний та патогістологічний зв'язок із сонячним лентіго.

Клональний тип. При клональному типі присутні гнізда базалоїдних клітин, які добре обмежені та часто містять відкладення меланіну та проліферують у епідерміс. При дерматоскопічному огляді пігментовані інтраепідермальні гнізда виглядають як

глобулоподібні структури і майже не відрізняються від синьо-сірих глобул при БКР і точок/глобул при меланоцитарних утвореннях. Наявність комедоноподібних отворів і міліумподібних кіст разом з чіткою демаркацією ураження характерне для клонального типу СК. У безпігментних різновидах виявлено наявність поліморфних судин, які є клубочковими, лінійно-нерегулярними та пунктирними разом із «білою мережею». В багатьох сумнівних випадках для підтвердження діагнозу клонального типу СК потрібне патогістологічне дослідження.

Подразнений тип. Численні лусочки та низхідна проліферація епідермісу є двома патогістологічними характеристиками цього типу. Подразнений тип СК, як правило, не демонструє типових дерматоскопічних ознак: комедоноподібних отворів, міліумподібних кіст та мономорфних шпилькових судин. Натомість круглі рожеві структури на білому фоні характерні для цього підтипу, вони відповідають розширеним судинам у дермальних сосочках, оточених акантотичними клітинами.

Регресуючий СК. Цей тип зазвичай розглядається як ліхеноїдний кератоз (ЛК) або кератоз подібний до плоского лишая ліхеноїдною реакцією, а саме смугоподібною інфільтрацією запальних клітин у верхній частині дерми, нетриманням пігменту та окремими дегенерованими кератиноцитами в епідермісі. Дерматоскопічно регресуючий тип демонструє регулярний зернистий малюнок розподілений на сіруваті або коричнево-сірі точки. Зернистий паттерн патогістологічно відповідає гранулам меланіну в дермі внаслідок нетримання пігменту. Типові дерматоскопічні ознаки, такі як: комедоноподібні отвори, міліумподібні кісти, тріщини та шпилькові судини зменшувалися та поступово зникали при регресії СК. Це доводить, що деякі форми ЛК можуть представляти СК в процесі регреса. Слід зазначити, що наявності зернистого малюнка недостатньо для діагностики регресуючої форми. ЛК також вказує на інші утворення шкіри, що регресують: сонячне лентіго, хворобу Боуена та меланому.

Меланоакантома. Вона є гіперпігментованим варіантом СК. Патогістологічно характеризується збільшеними дендритними, багатими на меланін меланоцитами по всій площині новоутворення. Пігментація меланоакантом маскує дерматоскопічні знахідки, що робить майже неможливим диференціювання цього стану від меланоми та інших пігментних новоутворень шкіри. Хоча наявність типових дерматоскопічних ознак СК є корисною для діагностики, але патогістологічне дослідження вважається необхідним для виключення меланоми.

Дерматоскопічні мімікрії СК. Меланома – є однією з головних дерматоскопічних пасток при діагностиці СК. На сьогоднішній день є достатня кількість випадків СК-подібних меланом. В сумнівних випадках, коли присутні нетипові дерматоскопічні ознаки або зміни кольору, розміру або інших характеристик завжди повинно виконуватися патогістологічне дослідження.

Невус Шпіц/Шпіц меланома. Регулярно розподілені смуги у вигляді зірочок по периферії зазвичай вважаються характерною дерматоскопічною знахідкою пігментного невуса Шпіца. Однак є випадки пігментного акантотичного типу СК, при якому спостерігається подібний патерн «зорепада». Патогістологічна кореляція цього феномену полягає в виступах епідермісу по периферії ураження. При його виявленні під час дерматоскопії у дорослих патогістологічне дослідження є необхідним для виключення Шпіц меланоми.

Інвазивний ПКР/Кератоакантома. Подразнення або травмування можуть змінити типові дерматоскопічні ознаки СК до утворення поліморфного судинного малюнка, виразки та лусочок. На додаток до цих дерматоскопічних знахідок, що вказують на злоякісність, коли з'являється виражена аномальна кератинізація можна запідозрити ПКР або кератоакантому.

БКР. Звивисті, пунктирні або глобулоподібні судини, як правило не спостерігаються при СК під час дерматоскопії. Винятком є глобулоподібні структури при клональному типі СК і глобулярний патерн при регресуючому СК, який може викликати підозру на БКР, тому що вони нагадують синьо-сірі глобули та синьо-сірі овоїдні гнізда.

Висновки. Знання цих специфічних особливостей дерматоскопічної картини себорейного кератозу дозволить підвищити якість своєчасної діагностики та необхідного втручання в кожному окремому клінічному випадку.

Список використаної літератури:

1. Chung E, Marghoob AA, Carrera C, Marchetti MA. Clinical and dermoscopic features of cutaneous melanoacanthoma. *JAMA Dermatol* 2015; 151: 1129–1130.
2. Kitamura S, Hata H, Imafuku K, Fujita Y, Shimizu H. Dermoscopic findings of irritated seborrheic keratosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016; 30: e94–e96.
3. Kittler H, Marghoob AA, Argenziano G et al. Standardization of terminology in dermoscopy/dermatoscopy: results of the third consensus conference of the International Society of Dermoscopy. *J Am Acad Dermatol* 2016; 74: 1093–1106.

4. Rameyad S, Diaz-Cano SJ, Pozo-Garcia L. Dermoscopy of clonal seborrheic keratosis. *J Am Acad Dermatol* 2015; 73: e47–e49.
5. Shiota S, Minagawa A, Koga H, Momose M, Uhara H, Okuyama R. Brown nodule on the lower eyelid: a quiz – lichenoid keratosis. *Acta Derm Venereol* 2015; 95: 1037–1039.
6. Squillace L, Cappello M, Longo C, Moscarella E, Alfano R, Argenziano G. Unusual dermoscopic patterns of seborrheic keratosis. *Dermatology* 2016; 232: 198–202.

КОРЕЛЯТИВНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ДЕРМАТОСКОПІЄЮ ТА ПАТОГІСТОЛОГІЄЮ ПРИ СЕБОРЕЙНОМУ КЕРАТОЗІ.

Дащук А.А., Добржанська Є.І., Рощенко Л.В., Белова Я.В.

В цій статті представлений ретроспективний аналіз доступних джерел літератури в друкованих та електронних форматах з дерматоскопії новоутворень шкіри та диференційна діагностика з рядом новоутворень: меланоцитарний невус, меланома, базальноклітинний рак шкіри, плоскоклітинний рак шкіри. Знання особливостей дерматоскопічної картини себорейного кератозу дозволить підвищити якість своєчасної діагностики та необхідного втручання в кожному окремому клінічному випадку.

Ключові слова: себорейний кератоз, меланоцитарний невус, меланома, базальноклітинний рак шкіри, плоскоклітинний рак шкіри.

CORRELATIVE RELATIONSHIPS BETWEEN DERMOSCOPY AND HISTOPATHOLOGY IN SEBORRHEIC KERATOSIS.

Dashchuk A.A., Dobrzhanska Y.I., Roschenyuk L.V., Belova Y.V.

This article presents a retrospective analysis of available sources of literature in printed and electronic formats on dermoscopy of skin neoplasms and differential diagnosis with a number of neoplasms: melanocytic nevus, melanoma, basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma. Knowing the features of the dermoscopic picture of seborrheic keratosis will improve the quality of timely diagnosis and necessary intervention in each individual clinical case.

Keywords: seborrheic keratosis, melanocytic nevus, melanoma, basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma.