

## Редкий случай обширной лейомиомы кожи спины

Г.В. Ягджян \*, А.М. Саакян \*\*, А.М. Даниелян \*, А.С. Канаян \*\*\*, А.Г. Мхитарян \*\*\*\*

\**Центр пластической реконструктивной хирургии и микрохирургии (ЦПРХиМХ),  
Университетская больница № 1 ЕрГМУ им. М. Гераци;*

\*\**Отделение общей онкологии Медицинского центра Канакер-Зейтун;*

\*\*\**Отделение клинической патологии*

*Университетского лабораторно-диагностического центра;*

\*\*\*\**Кафедра патологической анатомии ЕрГМУ*

375025, Ереван, ул. Абовяна, 58

Кожная лейомиома – редкая доброкачественная опухоль, которая формируется из мышцы, поднимающей волос. Чаще встречается у молодых в виде многочисленных, плотных папул, а иногда узелков, которые имеют розовую или красную окраску [1, 2]. Единичные очаги встречаются реже и обычно бывают больших размеров. Они могут быть болезненными при пальпации, под воздействием холодового фактора или в результате эмоционального стресса. Распределение обычно двустороннее, хотя несимметричное. Термин *tuomatosis cutis milliaris* используется, чтобы описать больных, у которых более чем 5000 очагов [1, 2, 4]. Другие виды лейомиом включают генитальную и ангиолейомиому [2, 4, 7]. Генитальные очаги считаются вариантами кожной лейомиомы, которые формируются из гладкой мышечной ткани мошонки, вульвы или соска. Ангиолейомиомы возникают из сосудистой гладкой мышечной ткани и обычно они – единичные, медленно растущие опухоли, которые болезненны при давлении. Характерной особенностью элементов является резко болезненная реакция на прикладывание льда. Гистологически кожная лейомиома – плохо

очерченная кожная опухоль, состоящая из сплетенных гладкомышечных волокон, пересыпанных коллагеновыми волокнами [1, 3, 5, 6]. Эпидермис обычно не вовлекается в процесс. Ядра имеют характерные прямые молинейные формы.

Приводим наблюдение обширной множественной лейомиомы у пациента 26 лет, находящегося на лечении в ЦПРХиМХ.

Больной О.А., 1979 г. рожд., и/б № 138, поступил в клинику с жалобами на имеющееся образование в области спины, а также сильные боли в спине, усиливающиеся при нагрузке. В анамнезе отмечает удаление единичного образования спины в амбулаторном порядке в 2003 году (патогистологической верификации нет). Через два месяца больной отмечает наличие болей в области спины, а также их усиление при холоде, появление гиперемии и сыпи в области удаленного образования. При вторичном удалении была диагностирована подкожная миофиброма. Произведено повторное удаление опухоли с повторным патогистологическим исследованием, установившим диагноз: нейрофиброматоз. Больной направлен на консультацию к



Рис. 1. Маркером очерчен участок патологического очага

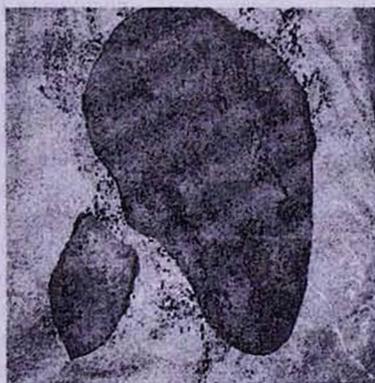


Рис. 2. Удаленная кожа



Рис. 3. Дефект после удаления

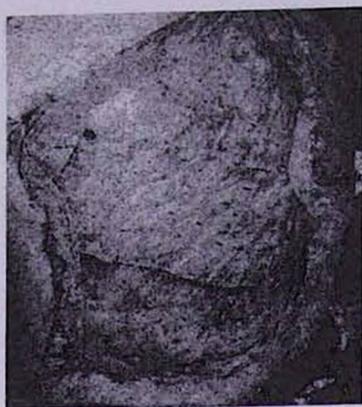


Рис. 4. Состояние после аутодерматомной пластики



Рис. 5. Состояние через 6 месяцев после операции

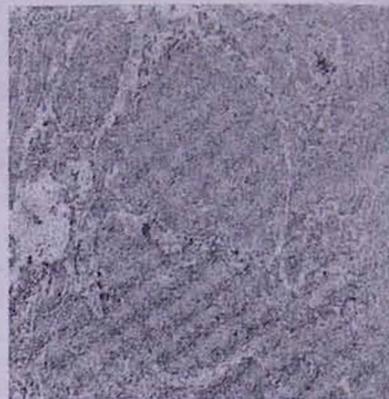


Рис. 6. Множественные узлы по всей толще дермы; окраска гематоксилин-эозином, x100



Рис. 7. Опухолевые клетки экспрессируют гладкомышечный актин

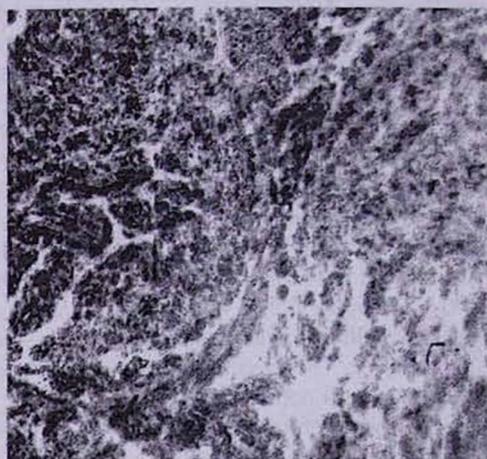


Рис. 8. Опухолевые клетки экспрессируют гладкомышечный десмин

невропатологу. Однако, по мнению невропатолога, клиническая картина не соответствовала нейрофиброматозу.

При исследовании данного материала в отделении клинической патологии ЕрГМУ возникла необходимость в проведении дифференциальной диагностики между нейрофибромой, шванномой и лейомиомой. При окраске по Ван Гизону опухолевые элементы проявили выраженную пикринофилию, что сузило диапазон поиска, исключив нейрофибромю. Было проведено иммуногистохимическое фенотипирование опухолевых компонентов (рис. 6–8). Последние экспрессировали гладкомышечный актин и были негативны по отношению к протеину S100 (маркер шванновых клеток). Результаты позволили верифицировать данное образование в качестве пилярной лейомиомы. При осмотре выявлено наличие мелкозер-

нистой сыпи от поясничного отдела позвоночника до области шеи. Размеры кожи, вовлеченной в процесс, составили 15 x 20 см (рис. 1). Пальпация кожи сильно болезненная, больной отмечает невозможность ношения одежды. Больной был предупрежден о необходимости радикального удаления 2/3 кожи спины. Возможность рецидива также обговорена с больным и родственниками. Под общей анестезией двумя бригадами онкологов и пластических хирургов произведено удаление кожи размерами 25 x 30 см с фасцией (рис. 2). Для одномоментного закрытия дефекта произведена мобилизация встречных лоскутов с лопаточной зоны и поясничной зоны, что позволило уменьшить размеры дефекта (рис. 3). Оставшийся дефект кожи замещен четырьмя расщепленными кожными трансплантатами толщиной 0,2 мм, взятыми с передней поверхности обоих бедер (рис. 4). Имело место

полное приживление всех трансплантатов, отмечена также выживаемость всех перемещенных лоскутов. Больной начал активные движения в плечевых суставах с 25-го дня. На момент осмотра через 6 месяцев

больной отмечает полное отсутствие болей, хороший эстетический результат (рис. 5). Ограничения объема активных и пассивных движений нет.

Поступила 20.07.06

## Մեջքի մաշկի փարածուն լեյոմիոմայի հազվագյուտ դեպք

Գ.Վ. Յաղջյան, Ա.Մ. Սահակյան, Ա.Մ. Դանիելյան, Ա.Ս. Կանայան, Ա.Գ. Մխիթարյան

Մաշկային լեյոմիոման հազվադեպ հանդիպող ուռուցք է, որը ձևավորվում է մազը բարձրացնող մկանից: Ավելի հաճախ հանդիպում է երիտասարդների շրջանում՝ բազմակի պնդակազմ հանգուցիկների տեսքով, որոնք ունեն վարդագույն կամ կարմիր գունավորում: Եզակի օջախներն ավելի հազվադեպ են հանդիպում և սովորաբար ունեն մեծ չափեր: Հյուսվածաբանորեն մաշկային լեյոմիոման ոչ հստակ սահմանազօծված մաշկային ուռուցք է, որը կազմված է մի-

յանց միահյուսված հարթ մկանաթելերից, որոնք ընդմիջվում են կոլագենային ֆիբրիլներով: Տարրերի բնորոշ հատկություններից է խիստ ցավոտ ռեակցիան սառույցի հպման նկատմամբ:

Ներկայացված է կլինիկական դեպք, որում պարո-հիստոլոգիական տարբերակիչ ախտորոշումը՝ իմունահիստոքիմիայի կիրառման միջոցով թույլ է տվել ճշտել ախտորոշումը և իրականացնել ռադիկալ վիրահատությունը:

## A rare case of an extensive leiomyioma of the back skin

G.V. Yaghjyan, A.M. Sahakyan, A.M. Danielyan, A.S. Kanayan, A.G. Mkhitaryan

Cutaneous leiomyioma is a rare benign tumor, which originates from the muscle elevating the hair. It is more common in young adults and presents as numerous thick pink or red papules. Isolated foci are met rarely and are usually large in size. Cutaneous leiomyioma histologically is a poorly outlined cutaneous tumor, which is composed of interlaced fibers of smooth muscles interspersed with

collagenous fibers. It is peculiar for these elements to be sharply painful in response to an ice application.

Here is described a case, in which the pathohistological differential diagnostics with usage of immunohistochemistry has allowed to make a correct diagnosis and to perform the radical operation.

## Литература

1. Dahl I., Angervall L. Cutaneous and subcutaneous leiomyosarcoma: a clinicopathologic study of 47 patients, *Pathol. Eur.*, 1974, 9 (4): 307-315.
2. Enzinger F.M., Weiss S.W. (eds) *Soft tissue tumors*, 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis: Mosby-Year Book, 1995.
3. Heatley M.K., Walsh M.Y. Solitary cutaneous leiomyoma: a clinicopathological study of 28 cases, *Ulster Med. J.*, 1989, 58(2): 166-167.
4. Orellana-Diaz O., Hernandez-Perez E. Leiomyoma cutis and leiomyosarcoma: a 10 year study and a short review, *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, 1983, 9 (4): 283-287.
5. Schadendorf D., Haas N., Ostmeier H., Czarnetzki B.M. Primary leiomyosarcoma of the skin: a histological and immunohistochemical analysis, *Acta. Derm. Venereol.*, 1993, 73: 143-145.
6. Yokoyama R., Hashimoto H., Daimaru Y., Enjoji M. Superficial leiomyomas: a clinicopathologic study of 34 cases, *Acta Pathol. Jpn.*, 1987, 37: 1415-1422.
7. Thyresson H.N., Su W.P. Familial cutaneous leiomyomatosis, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1981, 4 (4): 430-434.