

Клинический случай первичной анапластической CD30+ крупноклеточной лимфомы кожи

Знаменская Л.Ф., Карамова А.Э., Чикин В.В., Воронцова А.А., Нефедова М.А., Маяцкий И.Д.

ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, г. Москва

В отделение клинической дерматологии ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России поступил мужчина 37 лет с направительным диагнозом «Хроническая язвенная пиодермия».

В декабре 2015 года впервые отметил появление высыпаний на коже спины в виде красных «узелков», временами сопровождавшихся мокнутием и зудом. В течение нескольких месяцев высыпания приняли распространенный характер, локализуясь на коже туловища, верхних и нижних конечностей, некоторые из которых изъязвлялись. В апреле 2016 года обратился в НГФ ГНЦДК, где было проведено гистологическое исследование биоптата кожи, по заключению которого морфологическая картина соответствовала пиодермии (язвенно-вегетирующая, гангренозная форма). Проведен курс антибактериальной терапии, выписан с незначительным улучшением. В июне 2016 года был повторно госпитализирован в НГФ ГНЦДК, где проведен посев отделяемого из язвенного дефекта с определением чувствительности к антибиотикам. Выявлены в высоких титрах энтерококки, стафилококки, стрептококки. Проведено лечение Цефтриаксоном, Флуконазолом, Дексаметазоном, наружными средствами с временным эффектом.

В августе 2016 г. в связи с ухудшением состояния больной был направлен в ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России.

При поступлении кожный патологический процесс носил распространенный характер. На коже туловища и конечностей на фоне эритемы, отека и инфильтрации кожи имелись множественные узелковые элементы полушаровидной формы размером от 0,3 до 1 см в диаметре с влажными эрозиями на поверхности ярко-розового цвета, часть из которых покрыты серозно-геморрагическими корками. На коже плечелопаточной и поясничной областей отмечались многочисленные эрозивно-язвенные дефекты с плотными возвышающимися над поверхностью кожи валиками по периферии с обильным серозно-гнойным отделяемым, покрытые плотными темно-коричневыми и рыхлыми желтовато-грязного цвета корками.

На основании клинико-anamnestических данных был поставлен предположительный диагноз Т-клеточной лимфомы кожи, осложненной вторичной пиодермией.

Проведено культуральное исследование отделяемого из язвенного дефекта для идентификации микроорганизмов и их чувствительности к антибиотикам. Обнаружены синегнойная палочка и золотистый стафилококк.

Выполнено повторное гистологическое исследование, по заключению которого в поверхностных и средних отделах дермы выявлялся густой инфильтрат из полиморфных лимфоцитов с гиперхромными ядрами различной формы, в т.ч. церебриформных, с большим количеством митозов, выраженная инфильтрация полиморфными лимфоцитами верхних отделов эпидермиса. При иммуногистохимическом исследовании в морфологической картине обнаруженные клетки опухолевого лимфоидного пролиферата практически мономорфно экспрессировали CD3, CD30. Индекс пролиферативной активности Ki-67 составлял не менее 80% позитивных клеток опухолевого пролиферата. Морфологическая картина более соответствовала первичной кожной анапластической CD30+ крупноклеточной лимфоме, ALK-.

На основании клинико-anamnestических данных и результатов проведенного обследования больному был выставлен диагноз: «Первичная крупноклеточная анапластическая CD30+ Т-клеточная лимфома кожи, осложненная вторичной пиодермией».

Проведено лечение Цефтазидимом, Офлоксацином, Метотрексатом, Преднизолоном, наружными средствами.

На фоне проведенного лечения наблюдалось уменьшение эритемы и отека кожи в очагах поражения; очищение язвенных дефектов от гнойного отделяемого и уплощение валиков по их периферии; частичная эпителизация крупных и полная эпителизация мелких эрозивно-язвенных дефектов; прекращение появления новых элементов.

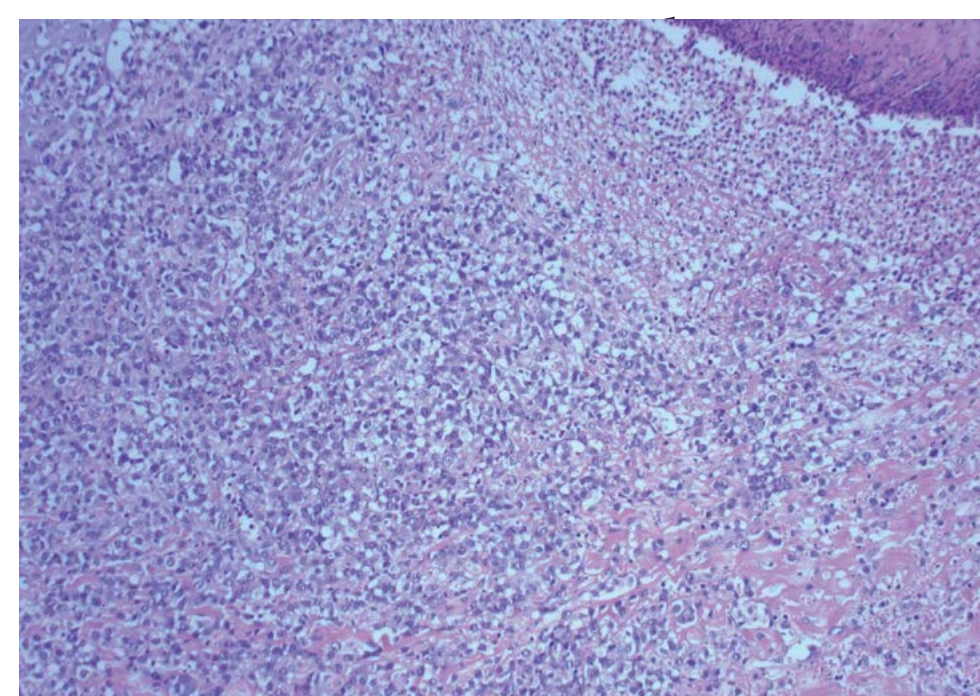


Рис. 1. Гистология, x100

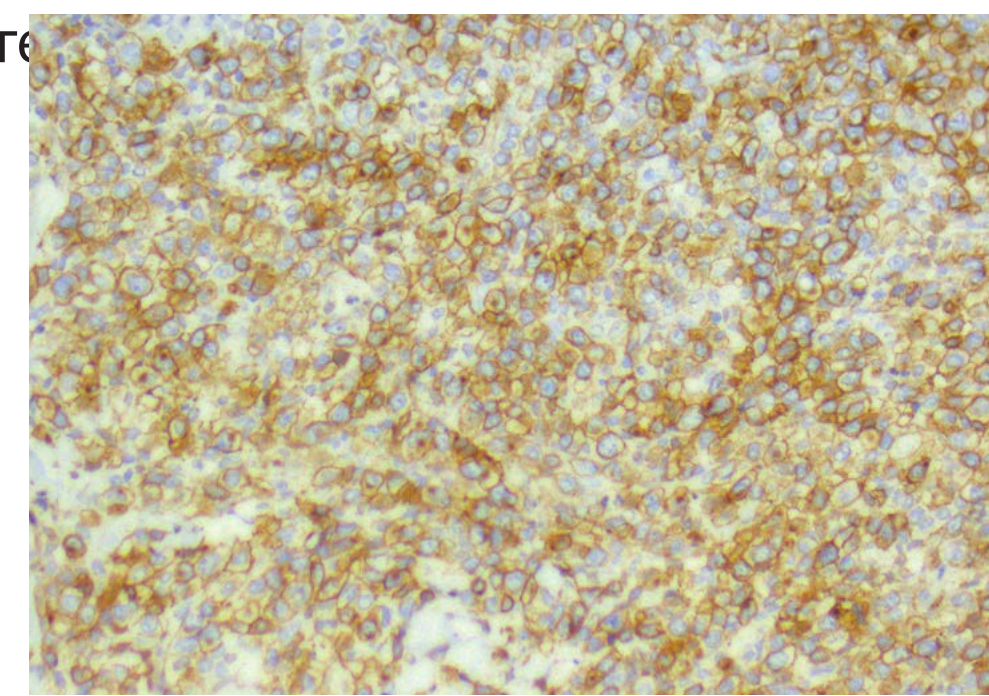


Рис. 2. Ki-67

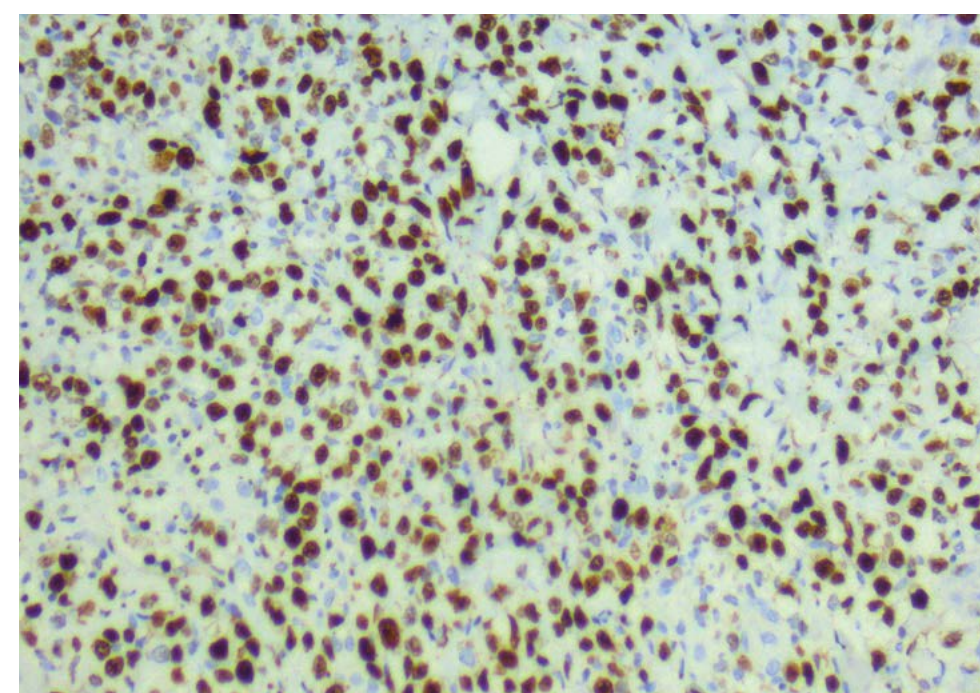


Рис. 3. CD30



Рис. 4. Верхняя часть спины до лечения



Рис. 5. Верхняя часть спины после лечения



Рис. 6. Живот до лечения



Рис. 7. Живот после лечения



Рис. 8. Нижняя часть спины до лечения

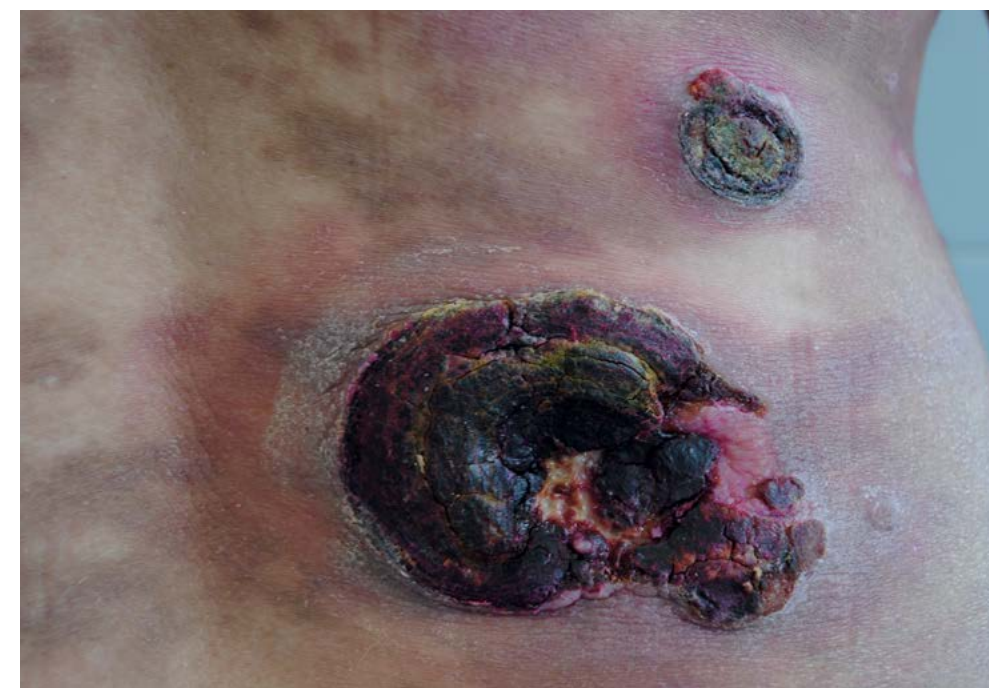


Рис. 9. Нижняя часть спины после лечения