

<https://doi.org/10.17116/patol20198101131>

Трихолеммальная карцинома у пациента с плоскоклеточным раком кожи

В.А. СМОЛЪЯННИКОВА^{1,2}, М.А. НЕФЕДОВА²

¹ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия;

²ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России, Москва, Россия

Трихолеммальная карцинома — редкая опухоль кожи, встречающаяся преимущественно у лиц пожилого возраста (средний возраст 71 год) и локализуемая на участках, неоднократно подвергавшихся воздействию солнечного излучения, наиболее часто на лице, волосистой части головы, шее, дорсальной поверхности рук. Дифференциальный диагноз проводят с плоскоклеточным раком кожи, светлоклеточным вариантом порокарциномы, гидраденокарциномы и меланомы. Прогноз трихолеммальной карциномы по сравнению с другими опухолями кожи при радикальном удалении наиболее благоприятный. Представлен случай длительно существующей трихолеммальной карциномы на коже в области плечевого сустава у мужчины 80 лет, сочетающейся с плоскоклеточным раком на другом участке кожи.

Ключевые слова: трихолеммальная карцинома, опухоли кожи.

Trichilemmal carcinoma in a patient with squamous cell skin cancer

V.A. SMOLYANNIKOVA^{1,2}, M.A. NEFEDOVA²

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia;

²State Research Center for Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

Trichilemmal carcinoma is a rare skin tumor that mainly occurs in the elderly (mean age, 71 years) and is localized in the repeatedly sun-exposed areas, most commonly on the face, scalp, neck, and dorsa of the hands. Its differential diagnosis is made with squamous cell skin cancer, clear-cell porocarcinoma, hidradenocarcinoma, and melanoma. The prognosis of trichilemmal carcinoma is most favorable than that of other skin tumors during radical removal. The paper describes a case of an 80-year-old man with long-standing trichilemmal carcinoma of the skin in the area of the shoulder joint, which is concurrent with squamous cell cancer in another area of the skin.

Keywords: trichilemmal carcinoma, skin tumors.

Термин «трихолеммальная карцинома» (ТЛК) (С44. по МКБ-О) [1] впервые предложен R. Headinton и соавт. в 1976 г. [2]. ТЛК развивается из клеток наружного корневого влагалища волоса и относится к группе злокачественных опухолей придатков кожи [3, 4]. Эти опухоли встречаются сравнительно редко, их доля в общей структуре кожных опухолей менее 0,1% [5, 6]. Обычно ТЛК локализуется на лице, шее, дорсальной поверхности рук и на коже иных областей, анамнестически наиболее часто подвергавшихся воздействию солнечного излучения. Опухоль в большинстве случаев выявляют у пожилых пациентов в возрасте 70—90 лет с одинаковой частотой у мужчин и женщин [7—9].

Клинически ТЛК может быть представлена папулой, бляшкой или узлом, нередко основным клиническим проявлением заболевания является формирование «кожного рога» [8]. В большинстве случаев опухоль солитарная, однако в литературе [10] встречаются единичные упоминания о множественных поражениях. Обращение больных за медицинской помощью происходит, как правило, в течение года с момента появления новообразования в связи с его быстрым ростом [10].

ТЛК относится к опухолям с местно-деструктивным ростом: несмотря на высокую митотическую активность,

для нее не характерен инфильтрирующий рост и развитие метастазов, рецидивирование, как правило, бывает связано с ее нерадикальным удалением, однако описаны редкие случаи периневральной инвазии опухоли [10—14].

ТЛК может иметь различную структуру — дольковую, солидную, трабекулярную. Дольки опухоли образованы крупными клетками со светлой или резко эозинофильной цитоплазмой, положительно окрашивающейся реактивом Шиффа и не окрашивающейся красителями, выявляющими муцин, границы долек часто четко очерчены ШИК-позитивной гиалиновой мембраной [15]. По периферии некоторых опухолевых структур клетки могут быть расположены палисадообразно, что требует проведения дифференциальной диагностики с базально-клеточной карциномой [16]. В дольках опухоли обычно выявляются участки псевдофолликулярной дифференцировки, напоминающей «роговые жемчужины» при плоскоклеточном раке кожи. ТЛК чаще локализуется внутриэпидермально, однако может выявляться и инвазивный компонент, распространяющийся, порой, до подкожной жировой клетчатки. В крупных опухолях встречаются обширные поля кровоизлияний и/или участки некроза [15].

Диагноз ТЛК устанавливается при рутинном морфологическом исследовании и, как правило, не требует дополнительного ИГХ-исследования. Дифференциальный диагноз проводят с плоскоклеточным раком кожи, светлоклеточным вариантом порокарциномы, гидраденокарциномы и меланомы. Для ТЛК в отличие от плоскоклеточного рака не характерно окрашивание карциноэмбриональным антигеном (СЕА) и эпителиальным мембранным антигеном (ЕМА), однако описаны случаи диффузного и резко позитивного окрашивания указанных маркеров [13]. Наличие экспрессии цитокинов (СК 1, 10, 14, 17) говорит о происхождении ТЛК из клеток воронки волосяного фолликула [17]. При проведении дифференциального диагноза с порокарциномой и гидраденокарциномой в последних, как правило, отмечается протоковая дифференцировка или образование полостей. В редких случаях светлоклеточная меланома может напоминать ТЛК, для уточнения диагноза и для подтверждения меланоцитарного происхождения опухоли достаточно использовать белок S 100 и НМВ 45 при ИГХ-исследовании.

Приводим клиническое наблюдение ТЛК

Пациент Б., 80 лет, обратился по поводу изъязвленного новообразования на коже лба, появившегося, со слов пациента, около 3 мес назад. При осмотре на коже головы в лобно-теменной области выявлена эрозия около 1,5 см в диаметре с утолщенными плотными краями, покрытая грубой коркой, из-под которой при надавливании выделялось гнойно-геморрагическое содержимое, также вблизи опухоли определялись множественные эритематозно-сквамозные очаги. Взят материал для биопсии новообразования, по результатам гистологического исследования выявлена изъязвленная высокодифференцированная ороговевающая плоскоклеточная карцинома на фоне актинического кератоза.

Во время осмотра пациента на коже в области задней поверхности левого плечевого сустава выявлено новообразование диаметром 1 см, слегка возвышающееся над по-

верхностью кожи, с наличием валика по периферии и покрытое коркой (рис. 1). Со слов больного, новообразование на плече существует в течение длительного времени (более 2 лет), субъективно не беспокоит, однако в последнее время увеличилось в размерах и изредка сопровождается незначительными болезненными ощущениями. На основании клинической картины установлен диагноз «базалиома» и проведено хирургическое иссечение опухоли в пределах здоровых тканей.

При гистологическом исследовании новообразования, удаленного с кожи левого плечевого сустава, выявлена изъязвленная опухоль, дольчатого строения, расположенная интраэпидермально (рис. 2). Дольки образованы светлыми резко анаплазированными клетками с крупными гипер-



Рис. 2. ТЛК дольчатого строения с четкими границами, образованная клетками со светлой цитоплазмой. Окраска гематоксилином и эозином, ×50.

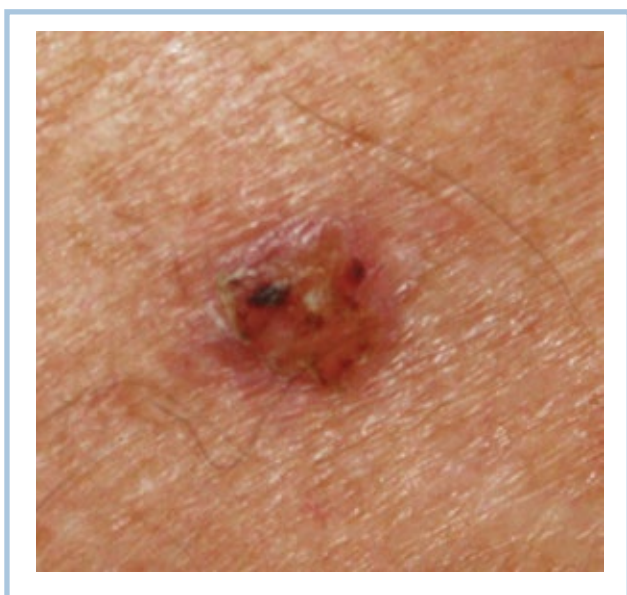


Рис. 1. Опухоль на коже в области левого плечевого сустава.

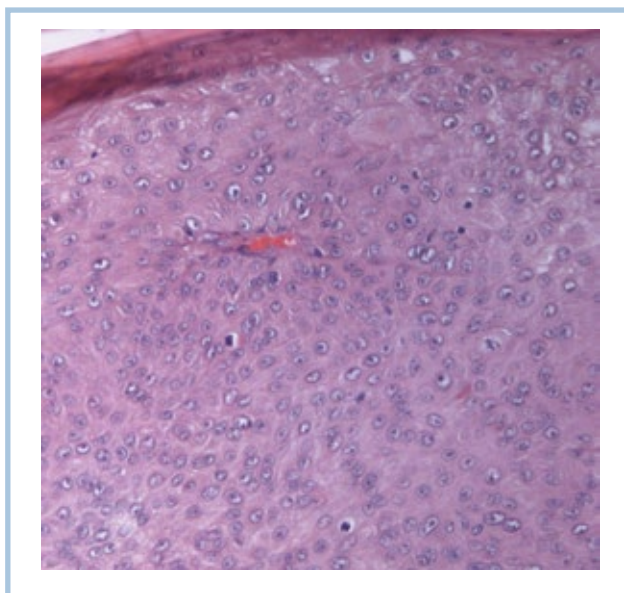


Рис. 3. Митозы в толще долек опухоли, в том числе патологические. Окраска гематоксилином и эозином, ×200.

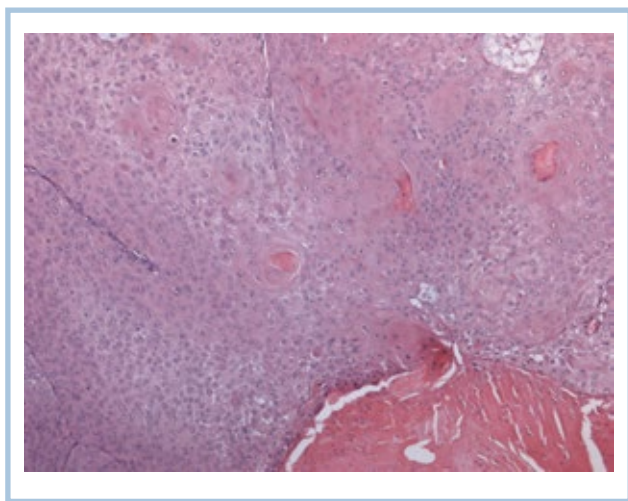


Рис. 4. Формирование в дольках опухоли псевдофолликулярных структур.

Окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$.

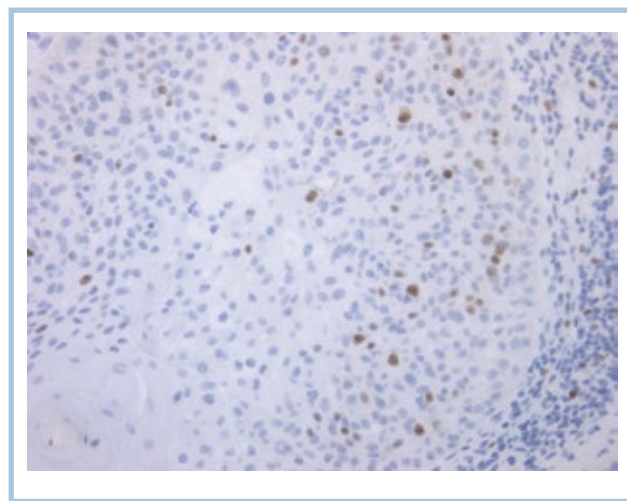


Рис. 6. Экспрессия Ki-67. ИГХ-исследование, $\times 200$.

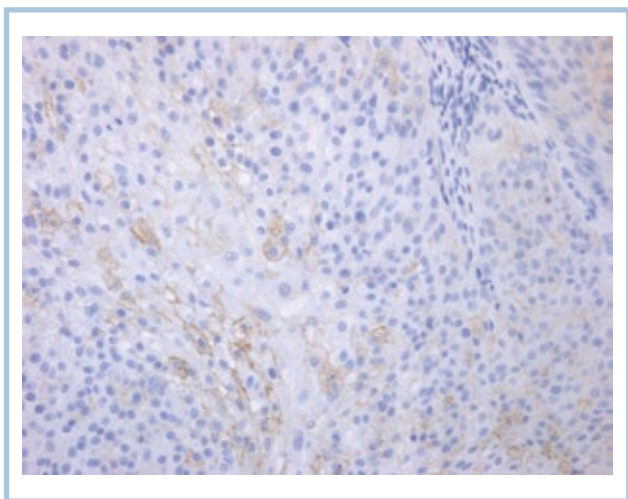


Рис. 5. Экспрессия ЕМА в дольках опухоли. ИГХ-исследование, $\times 200$.

хромными ядрами, с большим количеством митозов, в том числе патологических (рис. 3). В единичных комплексах опухоли тенденция к ороговению с формированием псевдофолликулярных структур (рис. 4). Базальная мембрана просматривалась на большом протяжении, местами нечетко. В дерме вдоль нижней границы опухоли определялась умеренная лимфоцитарная инфильтрация с примесью плазматических клеток. Признаков периневральной инвазии не выявлено. В окружающих тканях отмечались отчетливые признаки «солнечного» эластоза. При проведении ИГХ-исследования с моноклональными антителами к ЕМА экспрессия имела очаговый неярко выраженный характер и была более выражена в центральных участках долек (рис. 5). Индекс Ki-67 около 15% (рис. 6). По результатам проведенных исследований установлен диагноз трихолеммальной карциномы.

Заключение

ТЛК крайне редко встречающаяся злокачественная опухоль волосяных фолликулов: за период с 1983 по 2017 г. в базе PubMed опубликовано всего 65 клинических наблюдений. Особенность данного наблюдения — длительное бессимптомное течение новообразования и сочетание его с плоскоклеточным раком кожи. В обоих случаях причиной возникновения опухолей явилась излишняя инсоляция, о чем свидетельствует наличие в обоих биоптатах признаков «солнечного» эластоза. Обращает на себя внимание тот факт, что вначале у пациента появилась менее агрессивная опухоль, заболевание протекало бессимптомно, но после возникновения плоскоклеточной карциномы ТЛК увеличилась в размерах, изъязвилась, появилась болезненность. При гистологическом исследовании ТЛК, несмотря на довольно типичную морфологическую картину опухоли, необходимо отметить отсутствие выраженного палисадообразного расположения клеток по периферии долек и базолоидности. Данное обстоятельство, а также наличие мелких фокусов псевдофолликулярного ороговения, напоминавших «роговые жемчужины», потребовало проведения дифференциальной диагностики в первую очередь со светлоклеточным вариантом плоскоклеточной карциномы. В данном случае отмечались отчетливая дольчатая структура опухоли с четкими границами и отсутствием инфильтративного компонента, а также низкий уровень Ki-67 и очаговое неярко выраженное окрашивание ЕМА. Оба указанных ИГХ-маркера в большинстве случаев плоскоклеточной карциномы кожи резко положительны. Таким образом, на основании выявленной морфологической структуры опухоли и результатов ИГХ-исследования установлен диагноз трихолеммальной карциномы.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования: В.А.С.
Сбор и обработка материала: В.А.С., М.А.Н.
Написание текста: М.А.Н.
Редактирование: В.А.С.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Беляев А.М., Чепик О.Ф., Артемьева А.С., Барчук А.А., Комаров Ю.И. (ред.). *Международная классификация болезней — онкология (МКБ-О)*. 3 издание, 1 пересмотр. СПб.: Издательство Вопросы онкологии; 2017. [Belyaev AM, Chepik OF, Artem'eva AS, Barchuk AA, Komarov YuI. (eds.). *International classification of diseases for oncology*. 3rd ed. SPb.: Izd-vo Voprosy onkologii; 2017. (In Russ.)].
2. Wick RM, Barnhill RL. Tumors with hair follicle and sebaceous differentiation. In: Barnhill RL, Crowson AN, Magro C, Piepkorn M. (eds.). *Dermatopathology*. 3rd ed. McGraw-Hill Professional; 2010;689-724.
3. Billingsley EM, Davidowski TA, Maloney ME. Trichilemmal carcinoma. *J Am Acad Dermatol*. 1997;36(1):107-109. [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(97\)70339-6](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(97)70339-6)
4. Галил-Оглы Г.А., Молочков В.А., Сергеев Ю.В. *Дерматоонкология*. М.: Медицина для всех; 2005. [Galil-Ogly GA, Molochkov VA, Sergeev YuV. *Dermatoonkologiya*. Moscow: Meditsina dlya vsekh; 2005. (In Russ.)].
5. Shetty PK, Jagirdar S, Balaiah K. Malignant proliferating trichilemmal tumor in young male. *Indian J Surg Oncol*. 2014;5(1):43-45. <https://doi.org/10.1007/s13193-013-0259-2>
6. Rongioletti F. Trichilemmal carcinoma. In: Rongioletti F, Margari-tescu I, Smoller BR. *Rare malignant skin tumors*. New York (NY): Springer; 2015. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2023-5_12
7. Brenn T, McKee PH. Tumors of the hair follicle. In: McKee PH, Calonje E, Grant SR. *Pathology of the skin with clinical correlations*. 3rd ed. Elsevier Mosby; 2005;1531-1533.
8. Song MG, Min HG, Yang JM, Lee ES. A case of trichilemmal carcinoma showing a feature of cutaneous horn. *Ann Dermatol*. 2001; 3(3):196-199. <https://doi.org/10.5021/ad.2001.13.3.196>
9. Aguiar FM, Dornelles MD, Bonkevitch F, Schwartz J, Rodrigues CB, Lamonatto S. Trichilemmal carcinoma: case report. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74(5):AB206. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.02.810>
10. Chan KO, Lim IJ, Baladas HG, Tan WT. Multiple tumour presentation of trichilemmal carcinoma. *Br J Plast Surg*. 1999;52(8):665-667. <https://doi.org/10.1054/bjps.1999.3180>
11. Nelson T, Phillips Ch, Schosser R, Taylor V, Burke W. Trichilemmal carcinoma: a study of five cases. *J Am Acad Dermatol*. 2010; 62(3):AB102. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2009.11.405>
12. Lai TF, Huilgol SC, James CL, Selva D. Trichilemmal carcinoma of the upper eyelid. *Acta Ophthalmol Scand*. 2003;81(5):536-538. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0420.2003.00132.x>
13. Reis JP, Tellechea O, Cunha MF, Baptista AP. Trichilemmal carcinoma: a review of 8 cases. *J Cutan Pathol*. 1993;20(1):44-49. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0560.1993.tb01248.x>
14. Yi HS, Sym SJ, Park J, Cho EK, Ha SY, Shin DB, Lee JH. Recurrent and metastatic trichilemmal carcinoma of the skin over the thigh: a case report. *Cancer Res Treat*. 2010;42(3):176-179. <https://doi.org/10.4143/crt.2010.42.3.176>
15. Evrenos MK, Kerem H, Temiz P, Ermertcan AT, Yoleri L. Malignant tumor of outer root sheath epithelium, trichilemmal carcinoma. Clinical presentations, treatments and outcomes. *Saudi Med J*. 2018;39(2):213-216. <https://doi.org/10.15537/smj.2018.2.21085>
16. Garrett AB, Azmi FH, Ogburia KS. Trichilemmal carcinoma: a rare cutaneous malignancy: a report of two cases. *Dermatol Surg*. 2004;30(1):113-115. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.2004.30019.x>
17. Allee JE, Cotsarelis G, Solky B, Cook JL. Multiply recurrent trichilemmal carcinoma with perineural invasion and cytokeratin 17 positivity. *Dermatol Surg*. 2003;29(8):886-889.

Поступила 18.04.18