

Гемангиома, симулировавшая невус Беккера

Базаев В.Т., Цебоева М.Б., Царуева М.С.

Кафедра дерматовенерологии ГБОУ ВПО Северо-Осетинская государственная медицинская академия Минздрава России, 362048, Владикавказ, Россия

Описан клинический случай гемангиомы, симулировавшей невус Беккера у девочки 9 лет. Клинические признаки невуса Беккера (гиперпигментация с избыточным ростом волос, начало в возрасте 10–20 лет) не патогномичны, что нередко обуславливает трудности диагностики. Решающая роль в дифференциальной диагностике может принадлежать ультразвуковому исследованию и динамическому наблюдению. Случай представляет интерес не только для дерматологов, но и для врачей смежных специальностей – хирургов, онкологов.

Ключевые слова: невус Беккера; ошибки диагностики; гемангиома.

Для цитирования: Базаев В.Т., Цебоева М.Б., Царуева М.С. Гемангиома, симулировавшая невус Беккера. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2015; 18(2): 40-41.

THE HEMATOMA FEIGNING BECKER'S NEVUS

Bazaev V., Tseboeva M., Tsarueva M.

North Ossetian State Medical Academy, 362048, Vladikavkaz, Russia

Is described the clinical case of hemangioma feigned of Becker's nevus at the girl of 9 years old. Clinical signs of Becker's nevus (a hyperpigmentation with reinforced body height of hair, the beginning at the age of 10–20 years) not always are specific that can create particular difficulties of diagnostics and maintaining such patients. The decisive role in the differential diagnosis may belong to ultrasound and dynamic monitoring. The case is interesting not only for dermatologists, but also for the doctors of related specialties – surgeons, oncologists.

Key words: Becker's nevus, diagnostics errors, hemangioma.

Citation: Bazaev V., Tseboeva M., Tsarueva M. The hematoma feigning Becker's nevus. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney.* 2015; 18(2): 40-41. (in Russ.)

Невус Беккера (пигментный волосистой эпидермальной невус, меланоз Беккера) впервые был описан американским дерматологом Самуэлем Уильямом Беккером (1949) [1] у двух молодых людей с явлениями односторонней гиперпигментации и гипертрихоза. У мужчин невус Беккера встречается в 5 раз чаще, чем у женщин [2], что, вероятно, связано с участием андрогенов в его этиопатогенезе [3, 4].

Клинически невус представляет собой участок гиперпигментации с избыточным ростом волос, который впервые возникает в возрасте 10–20 лет и локализуется преимущественно в области плечевого пояса, груди, спины. Однако согласно самому обширному исследованию, проведенному во Франции и выявившему 100 человек с невусом Беккера из 20 000 опрошенных, лишь у 32% невус был локализован типично, у остальных места локализации были ниже линии сосков [5]. Считается, что невус Беккера не передается по наследству, хотя в литературе есть описание семейного случая пигментного волосистого эпидермального невуса с одинаковой локализацией у отца и 16-летнего подростка [6].

Сведения об авторах:

Базаев Виталий Тадиозович, доктор мед. наук (v.bazaev@list.ru);
Цебоева Мирослава Борисовна, кандидат мед. наук (miradzuceva@rambler.ru);
Царуева Мадина Сослановна (madina5577@rambler.ru).

Corresponding author:

Tseboeva Miroslava, MD, PhD (miradzuceva@rambler.ru).

Достоверные данные об озлокачествлении невуса Беккера отсутствуют, однако в зарубежной литературе приводятся примеры пациентов, у которых одновременно с невусом диагностировали меланому кожи, локализация которой в ряде случаев приходилась на тот же дерматом, а иногда возникала непосредственно на самом невусе [7, 8].

Дифференциальную диагностику меланоза Беккера проводят с синдромом Мак-Кьюна–Олбрайта и гигантским меланоцитарным невусом. Самостоятельно невус не разрешается. В целях коррекции эстетического дефекта возможно применение лазеротерапии.

Диагностика невуса Беккера сопряжена с определенными сложностями и ошибками, о чем свидетельствует приведенный ниже случай.

В марте 2014 г. в ГБУЗ Северо-Осетинский Республиканский кожно-венерологический диспансер обратилась мать с ребенком 9 лет с жалобами на поражение кожи правой голени. Из анамнеза: за месяц до обращения у девочки была травма голени, на месте которой впоследствии появилась гиперпигментация, принятая родителями за сыняк. Позже стал наблюдаться избыточный рост волос. Была консультирована хирургом и онкологом. Рекомендовано ультразвуковое исследование (УЗИ).

По данным УЗИ, в области нижней трети правой голени визуализировалось подкожное эхогенное образование без четких контуров, неоднородной структуры, с участками пониженной эхогенности, глубиной 8,5 мм; кровоток в образовании не определялся.



Б о л ь н я я А . , 9 лет. Диагноз гемангиома симулирующая невус Беккера.

а – очаг гиперпигментации и гипертрихоза области голени; б – через 8 мес наблюдения; самопроизвольное исчезновение пигментации и гипертрихоза.

Был поставлен предварительный диагноз неопластического процесса. Предложено срочное хирургическое вмешательство, назначена консультация дерматолога.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. Ребенок нормального телосложения, удовлетворительного питания. Масса тела 39 кг, рост 132 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания 22 в минуту. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Привита по календарю.

Локальный статус: на коже передней поверхности правой голени имеется очаг неправильной формы размером 8 × 2 см, коричнево-серого цвета, с нечеткими границами и явлениями гипертрихоза (см. **рисунок, а**).

Данные лабораторных исследований. Общий анализ крови: гемоглобин 129 г/л, эр. $4,07 \times 10^{12}/л$, л. $8,6 \times 10^9/л$, п/я 1%, с/я 51%, м. 8%, лимф. 38%, э. 2%, тр. $244 \times 10^9/л$; СОЭ 9 мм/ч; свертываемость по Сухареву 5 мин. Биохимический анализ крови: общий белок 70 г/л, билирубин общий 8,8 мкмоль/л, прямой 1,8 мкмоль/л, АЛТ 21 ЕД/л, мочевины 4 ммоль/л, креатинин 44,8 мкмоль/л. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачность полная, удельный вес 1014, белка и сахара нет, лейкоциты единичные в поле зрения, кристаллы мочевины кислоты.

Анализ крови на HBs-антиген, ВИЧ-инфекцию, на RW матери отрицательные.

Данные инструментальных исследований. ЭКГ: синусовый ритм, 82 удара в 1 мин; нормальное положение электрической оси сердца. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений; синусы свободны; срединная тень без изменений.

УЗИ внутренних органов: печень, поджелудочная железа, селезенка, почки и визуализирующиеся лимфатические узлы без патологии, в пределах возрастной нормы.

Установлен предварительный диагноз невуса Беккера.

Родители приняли решение о дополнительной консультации у московских специалистов. В Москве проконсультированы в ФГБУ Российская детская клиническая больница Минздрава России хирургом и дерматологом. Предварительное заключение: невус Беккера.

На УЗИ мягких тканей с дуплексным исследованием: по латеральной поверхности правой голени с/3–н/3 в подкожно-жировом слое определяется участок повышенной эхогенности 50 × 7 мм без четких контуров с единичными мелкими (не более 1 мм в диаметре) сосудами; структура мышц не изменена.

Заключение онколога от 18.04.14: гемангиома голени. Рекомендовано динамическое наблюдение. Выписаны с диагнозом D18.0 гемангиома любой локализации.

В период с мая по ноябрь 2014 г. у девочки наблюдалось разрешение элемента до почти полного исчезновения пигментации и роста волос (см. **рисунок, б**).

Таким образом, травма голени могла спровоцировать усиление роста волос на фоне повышенной васкуляризации, что визуально симулировало картину невуса Беккера.

Описанный случай интересен с точки зрения дифференциальной диагностики для практикующих врачей дерматологов, хирургов, онкологов.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Becker S.W. Concurrent melanosis and hypertrichosis in the distribution of nevus unius lateris. Arch. Dermatol. Syph. 1949; 60(2): 155–60.
2. Гайнулин Ш.М., Гребенюк В.Н., Гришко Т.Н., Ланцман Е.Д. Невус Беккера в практике дерматолога. Клиническая дерматология и венерология. 2012; 1: 17–9.
3. Gainulin Sh.M., Grebenyuk V.N., Grishko T.N., Lantsman E.D. The Becker's nevus in dermatological practice. Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2012; 1: 17–9]. (in Russian)
4. Grande Sarpa H., Harris R., Hansen C.D., Callis Duffin K.P., Florell S.R., Hadley M.L. Androgen receptor expression patterns in Becker's nevi: An immunohistochemical study. J. Am. Acad. Dermatol. 2008; 59(5): 834–8.
5. Zavar V., Goyal T., Kamra S. Becker's nevus and ipsilateral acanthosis nigricans. Our Dermatol. Online. 2014; 5(4): 388–90.
6. Tymen R., Forestier J.F., Boutet B., Colomb D. Late Becker's nevus. One hundred cases. Ann. Dermatol. Venereol. 1981; 108(1): 41–6.
7. Book S.E., Glass A.T., Laude T.A. Congenital Becker's nevus with a familial association. Pediatr. Dermatol. 1997; 14(5): 373–5.
8. Fehr B., Panizzon R.G., Schnyder U.W. Becker's nevus and malignant melanoma. Dermatologica. 1991; 182(2): 77–80.
9. Patrizi A., Medri M., Neri I., Fanti P.A. Becker naevus associated with basal cell carcinoma, melanocytis naevus and smooth-muscle hamartoma. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2007; 21(1): 130–2.

Поступила 12.03.15
Received 12.03.15