



Меланома кожи.
Синдром Лезера—Трела.
C43.7
L82

Клинический случай №14



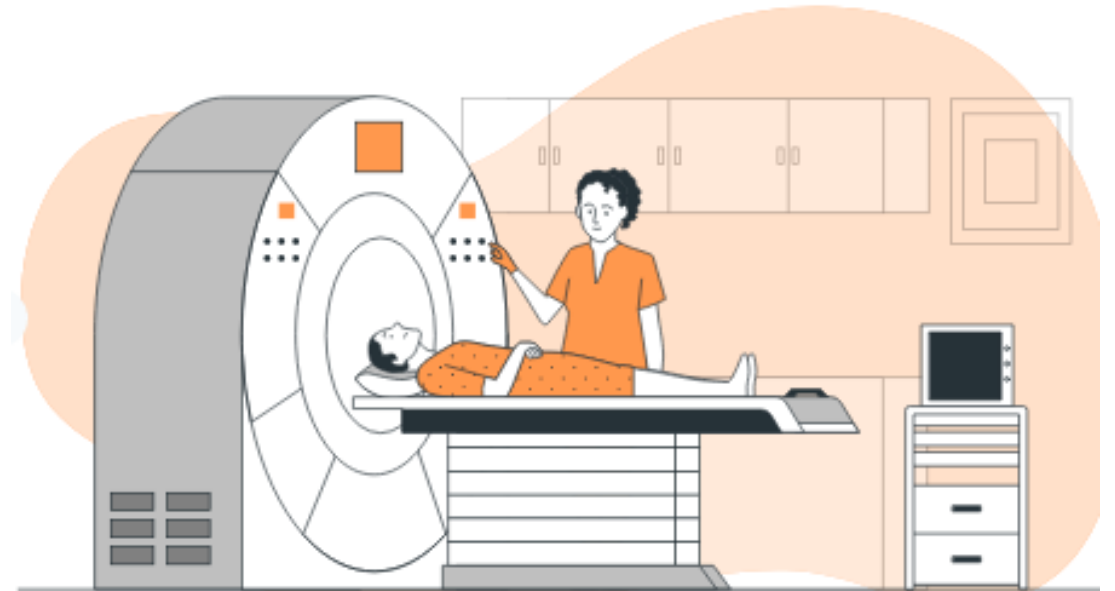
**Пациентка Т., 60 лет,
обратилась к дерматологу
в городе Сургут.**

Жалобы:

- на высыпания на коже всего тела, сопровождающиеся интенсивным зудом.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с октября 2015 г., когда впервые начали появляться высыпания на коже туловища. Появление высыпаний пациентка ни с чем не связывает. Самостоятельно не лечилась.



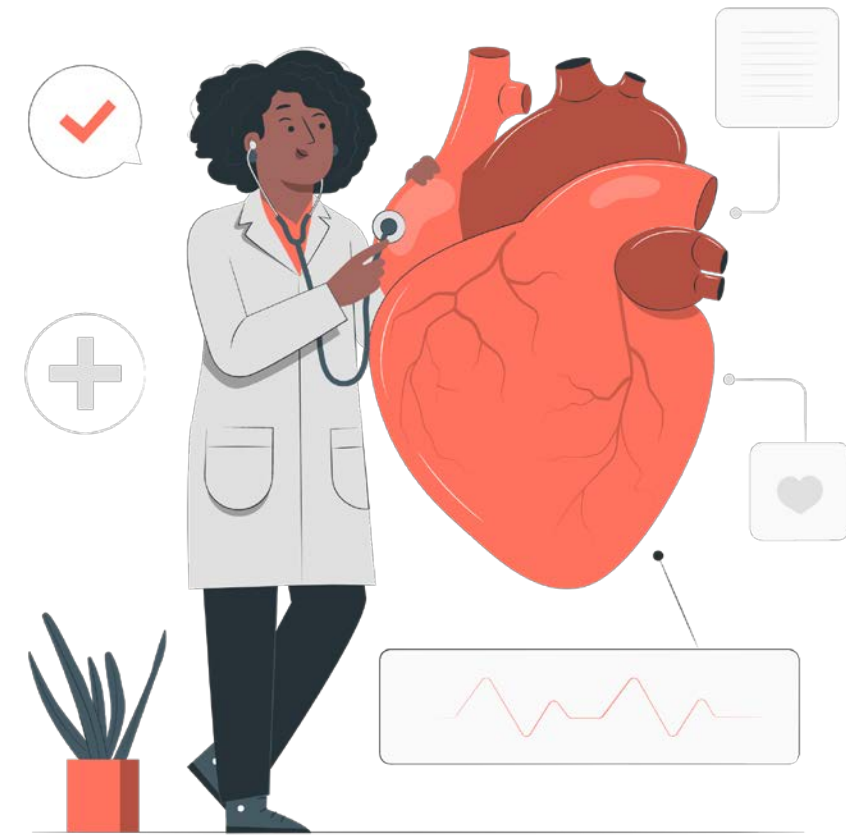
Анамнез жизни

- Наследственность не отягощена. Туберкулез, описторхоз, вирусные гепатиты отрицает.
- Состоит на диспансерном учете у онколога с диагнозом «меланома кожи II пальца левой стопы и метастазы в паховые лимфоузлы слева T4bN2M0 IIIc стадия. Состояние после экзартикуляции II пальца левой стопы, операции Дюкена слева от 24.02.14 г. 6 курсов ПХТ, 6 курсов МХТ (темодал, последний от 06.04.15). Стабилизация процесса от 04.15 г. Прогрессирование заболевания от 10.15 г. — метастазирование в запирательные лимфоузлы слева. Состояние после иммунотерапии (с 11.15 по 03.16 г.). Прогрессирование заболевания от 03.16 г. — продолженный рост запирательных лимфоузлов слева. 2-я клиническая группа (C43.7)».
- ПГИ: выявлена активирующая мутация в 15-м экзоне гена *BRAF* типа V600E, предполагающая чувствительность меланомы к терапии таргетными препаратами.
- Травмы в прошлом отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.



Физикальный осмотр

- Общее состояние удовлетворительное.
- Сознание ясное. Положение активное. Температура тела 36,5 °С.
- В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 17 в минуту.
- Тоны сердца приглушены, ритмичные, ритм правильный. Пульс 74 удара в минуту. АД 120/75 мм рт.ст.
- Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, край безболезненный. Стул ежедневный, оформленный.
- Симптом поколачивания справа, слева — отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.
- Отеки, пастозность отсутствуют.



Физикальный осмотр

- Патологический кожный процесс носит распространенный характер, на коже лица (преимущественно в периорбитальной области, задней поверхности шеи) представлен множественными папилломатозными образованиями на ножке размером до 3 мм.
- На коже лица, спины, груди, верхних конечностей — многочисленные себорейные кератомы грязновато-серого цвета размером до 2,5 см в диаметре. См следующий слайд.
- II палец левой стопы ампутирован, послеоперационный рубец в области стопы чистый, бледно-розовой окраски, без признаков воспаления и опухолевого роста. Послеоперационный рубец в левой паховой области чистый, бледно-розовой окраски, без признаков воспаления и опухолевого роста. Периферические лимфоузлы не увеличены.
- При дерматоскопии элементов кожной сыпи признаков дисплазии не выявлено.



ДИАГНОЗ:

Себорейный кератоз. Синдром
Лезера—Трела.

Динамика состояния пациентки:

- Начато обследование больной по программе онкопоиска.
- Назначено лечение антигистаминными препаратами для купирования выраженного зуда. Учитывая значимый косметический дефект из-за обилия себорейных кератом (особенно на коже лица), проведена криодеструкция отдельных наиболее крупных элементов с предварительным дерматоскопическим обследованием образований кожи (рис. 3, а, б).



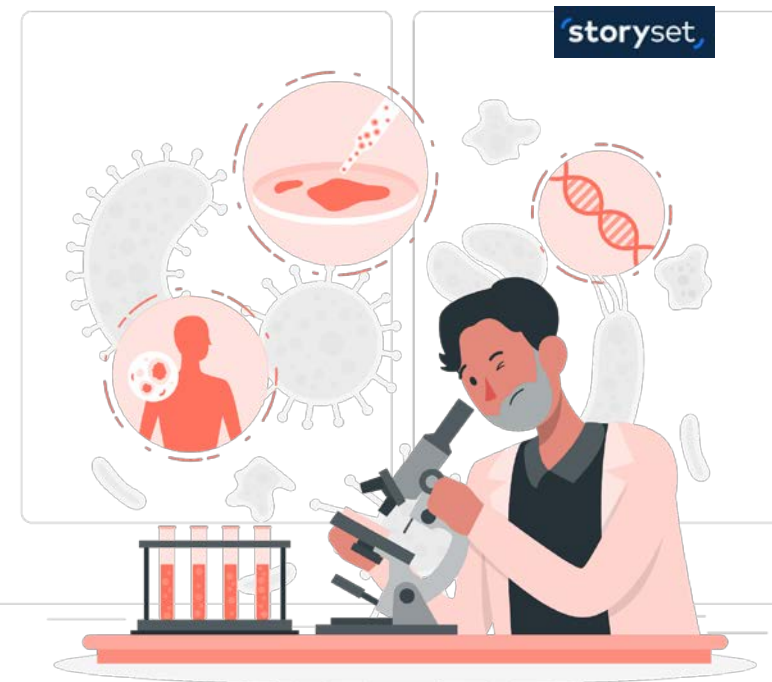
Результаты лабораторных методов :

- Гемограмма (17.10.15): лейкоциты $12,6 \cdot 10^9/\text{л}$ (палочкоядерные 0%, сегментоядерные 87,9%, эозинофилы 0,3%, моноциты 2,5%, лимфоциты 9%, базофилы 0,3%), эритроциты $4,55 \cdot 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты $492 \cdot 10^9/\text{л}$, гемоглобин 106 г/л, СОЭ 26 мм/ч.
- Общий анализ мочи (17.10.15): плотность 1015, белок, эритроциты, глюкоза отрицательно; эпителий единичный в поле зрения, лейкоциты 0—3 в поле зрения; кетоновые тела, соли отрицательно.
- Биохимия крови (17.10.15): АЛТ 35 ЕД/л, АСТ 37,4 ЕД/л, креатинин 42,9 мкмоль/л, холестерин 4,1 ммоль/л, общий белок 83,5 г/л, ЩФ 291,01 ЕД/л, общий билирубин 10,64 мкмоль/л, глюкоза 5,70 ммоль/л.



Морфологическое заключение:

- Патоморфологическое исследование № 13296–303 (04.03.14): «злокачественная меланома кожи, с инвазией опухоли в подкожную клетчатку — V уровень инвазии по методу Кларка, с максимальным вертикальным размером опухоли 15 мм, с изъязвлением опухоли. В крае резекции в мягких тканях, на границе дермы и подкожной клетчатки, имеется фокус опухолевых клеток. Метастатическое поражение злокачественной меланомой трех региональных лимфатических узлов из 7 обнаруженных. pT4b pN2b pMx.».



Результаты инструментальных методов :

- КТ органов грудной клетки (09.03.16): без патологии.
- Маммография (07.07.15): фиброзно-жировая мастопатия.
- УЗИ органов малого таза (03.06.16): гиперплазия эндометрия. Объемное образование малого таза (в полости таза визуализируется объемное образование, с неровными нечеткими контурами, размером 53×50 мм, неоднородное по структуре с диффузным кровотоком при цветовом доплеровском картировании).
- УЗИ периферических лимфоузлов (03.02.16): без патологии.
- УЗИ щитовидной железы (03.02.15): узел левой доли щитовидной железы размером 11,6×14,8 мм. Цитологическое исследование (12.02.15): цитограмма зоба, преимущественно клеточного. Атипичных клеток не обнаружено.



Результаты инструментальных методов :

- МРТ органов малого таза (21.10.15): : МРТ-признаки вторичного поражения запирательных лимфоузлов слева. Отрицательная динамика (05.05.15): миоматозные узлы матки.
- МРТ левой стопы (07.05.15): при контрастном усилении патологического накопления препарата не отмечалось. Без признаков продолженного роста, метастазирования.
- КТ органов малого таза (01.03.16): Заключение: КТ-картина характерна для метастатического поражения запирательной лимфоузловой полости таза слева, отрицательная динамика.
- При колоноскопии в сигмовидной кишке было обнаружено опухолевидное образование, диаметром около 3 см, красного цвета, с бугристой поверхностью, неправильной формы. При патоморфологическом исследовании данной экзофитно растущей опухоли были обнаружены признаки **умеренно-дифференцированной аденокарциномы.**

Заключение:

- Таким образом, синдром Лезера—Трела является факультативным паранеопластическим заболеванием. При быстром возникновении множественных кератом требуется онкопоиск. При этом особое внимание следует обращать на состояние желудочно-кишечного тракта, а также исключать лимфопролиферативные заболевания. Кроме того, необходимо учитывать, что упорное течение, торпидность к проводимой терапии при паранеопластических кератодермиях отражают прогрессирование злокачественного процесса, а своевременно начатое лечение способствует положительной динамике в течении паранеопластического дерматоза.

Источник:

**Русак Ю.Э., Ефанова Е.Н., Павлова Е.В., Улитина И.В.,
Васильева Е.А. Синдром Лезера—Трела у больной меланомой.
Клиническая дерматология и венерология. 2017;16(4):26-30.**

**Rusak YuE, Efanova EN, Pavlova EV, Ulitina IV, Vasiljeva EA.
Leser—Trélat syndrome in patients with melanoma. Klinicheskaya
Dermatologiya i Venerologiya. 2017;16(4):26-30. (In Russ.).**

<https://doi.org/10.17116/klinderma201716426-30>