

М.Э. Запольский<sup>1</sup>, М.Н. Лебедюк<sup>1</sup>, Н.Б. Прокофьева<sup>1</sup>, Л.П. Квитко<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Одесский национальный медицинский университет, Одесса

<sup>2</sup> КНП «Одесский областной кожно-венерологический диспансер»  
Одесского областного совета, Одесса

## Клиническое наблюдение лимфоцитарной инфильтрации Иесснера—Канофа в области лица. Особенности диагностики и лечения

Лимфоцитарная инфильтрация Иесснера—Канофа относится к Т-клеточным псевдолимфомам — реактивным дерматозам, возникающим в ответ на воздействие экзогенных и эндогенных факторов и характеризующимся гистологическим и клиническим сходством со злокачественными лимфомами, от которых их отличает доброкачественное течение. Впервые заболевание было описано М. Jessner и В. Kanof в 1953 г.

Лимфоцитарная инфильтрация Иесснера—Канофа характеризуется плотной Т-лимфоцитарной муфтообразной периваскулярной инфильтрацией дермы с преобладанием малых зрелых поликлональных лимфоцитов без вовлечения эпидермиса и обычно проявляется в виде эритематозных папул или бляшек с их локализацией на лице, шее и спине. Этиология данного заболевания до сих пор остается малоизученной. Для хронического течения заболевания характерно чередование периодов обострения и ремиссии. Основными провоцирующими факторами являются хронические заболевания пищеварительного тракта (гастрит, колит, холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.), реже — прием лекарственных средств, иммунотерапия, инсоляция.

Дифференциальную диагностику лимфоцитарной инфильтрации Иесснера—Канофа проводят с дискоидной красной волчанкой, лимфоцитомой, злокачественной лимфомой кожи, саркоидозом, токсикодермией. Диагностические трудности обусловлены многообразием клинических проявлений заболевания.

В статье описан клинический случай лимфоцитарной инфильтрации Иесснера—Канофа с ее локализацией в области лица у 18-летней девушки. Ранее заболевание было диагностировано как *perioral dermatitis*, *acne cystic*, *lupus erythematosus*. По данным гистохимического исследования была выявлена выраженная лимфоцитарная инфильтрация с преобладанием клеток CD4 (clone 4B12) и CD8 (clone C8/144B), характерная для Т-клеточных псевдолимфом. У пациентки в результате проведенного лечения (триамцинолон, гидроксихлорохин, ингибиторы кальциневрина, использование узкополосной фототерапии) был достигнут стойкий положительный терапевтический эффект, который сохранялся более 8 мес.

### Ключевые слова

Лимфоцитарная инфильтрация Иесснера—Канофа, псевдолимфома, лечение.

Псевдолимфомы кожи — дерматозы, обусловленные гиперплазией лимфоидной ткани и имеющие клиническое и/или патогистологическое сходство со злокачественными лимфомами. От последних они отличаются доброкачественным течением с тенденцией к спонтанному регрессу [1]. В зависимости от типа лимфоцитов, образующих инфильтрат, псевдолимфомы подразделяют на Т-клеточные (лимфоцитарная инфильтрация Иесснера—Канофа, истинная псевдолимфома (ретикулярная гиперплазия,

реактивный ретикулез, синдром псевдолимфомы, эритродермия псевдолимфоматозная), лимфоматоидный папулез, актинический ретикулоид) и В-клеточные (доброкачественная лимфоплазия кожи) [1]. Актуальность проблемы псевдолимфом кожи обусловлена возможностью их озлокачествления, необходимостью их своевременной диагностики, риском возникновения эстетических дефектов.

На сегодняшний день лимфоцитарную инфильтрацию Иесснера—Канофа (ЛИИК) рас-

смагивають як найбільш варіабельну, рідко зустрічаються патологію шкіри, яка може імітувати інші дерматози. Лімфоцитарна інфільтрація шкіри вперше була описана в 1953 г. М. Jessner і В. Kanof [8]. ЛІІК характеризується наявністю еритематозних папул і бляшок, розположених на голові, шее, верхній частині грудей і спини [9, 10]. Висипання існують довго (місяці і роки) і можуть спонтанно разрешатися без якогось-будь лікування. Захворіння протікає з періодами обострень і ремісій [5]. Етіологія ЛІІК залишається маловивченою, в літературі існують єдиничні повідомлення про ролі *B. burgdorferi* в її розвитку [2]. Факторами ризику, провокуючими розвиток захворювання, частіше за все є хронічні захворювання травного тракту (хронічний гастрит, коліт, холецистит, язвенна хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки і др.) [1], рідше – прийом лікарських засобів [1, 6], імунотерапія [13], інсоляція [1].

При гистологічному дослідженні елементів інфільтрату виявляється щільна Т-лімфоцитарна муфтообразная периваскулярна інфільтрація шкіри з переважанням малих зрілих поліклональних лімфоцитів без залучення епідермісу [1, 4, 7, 9, 11, 12].

Дифференціальну діагностику ЛІІК проводять з дискоїдною червоною вовчанкою, лімфоцитомою, злоякісною лімфомою шкіри, саркоїдозом, токсикодермією [1, 3, 5, 9, 11].

Трудності діагностики захворювання обумовлені не тільки різноманітністю клінічних проявів, але і відсутністю клінічної настороженості у практикуючих дерматологів.

Представляємо клінічний випадок пацієнтки (18 років), яка звернулася в нашу клініку з скаргами на висипання в області верхньої губи справа, існуючі близько 8 місяців. Наблюдалася повільний периферичний ріст ураженої ділянки, суб'єктивні відчуття відсутнювали. Поява свербіжності більша не могла ні з чим зв'язати. Хронічні соматичні захворювання отрицала. Аллергологічний і сімейний анамнез – без особливостей. При обстеженні (при фіброгастродуоденоскопії) виявлено катаральний гастрит. Раніше захворювання було діагностовано як *perioral dermatitis*, *acnecystic*, *lupus erythematosus*. Пацієнтка отримала лікування з використанням системних і топічних антибіотиків, кортикостероїдів. Проведена терапія не дала позитивного ефекту. При об'єктивному огляді: на шкірі в області верхньої губи справа визначаються елементи висипання у вигляді плоских інфільтрированих бляшок 2–3 см в діаметрі, синюшно-розового кольору,



Рис. 1. Об'єктивний огляд пацієнтки: інфільтрировані бляшки над губою справа

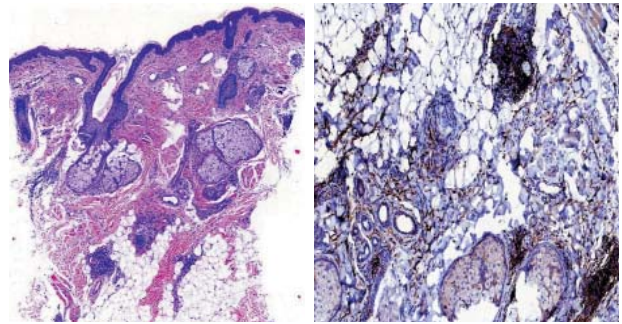


Рис. 2. Патоморфологічна картина біоптата шкіри



Рис. 3. Регрес елементів висипання у пацієнтки після проведеного лікування

Таблиця. Дані іммуногістохімічного дослідження

Исследуемые клетки	Диагностические маркеры	Заключение
CD4	ДАКО, clone 4B12	Положительная реакция в клетках инфильтрата
CD8	ДАКО, clone C8/144B	Положительная реакция в клетках инфильтрата
CD123	Cell Marque, clone 6H6	Положительная реакция в отдельных клетках инфильтрата

неправильної форми, плотнотавої консистенції з гладкої поверхністю (рис. 1).

На основанні даних первичного гістоморфологічного дослідження був встановлений діагноз *fibrous papule*, який викликає сумніве в зв'язі з атипічною клінічною картиною і локалізацією утворення (рис. 1–2).

При поступленні пацієнтки в нашу клініку були проведені загальноклінічні аналізи, які не виявили значимих відхилень від норми. Іммунологічні тести на *lupus erythematosus* — отрицательні. Іммуногістохімічне дослідження з повторним заборою матеріала з центральної частини ураження виявило виражену лімфоцитарну інфільтрацію з переважаючим CD4 (clone 4B12) і CD8 (clone C8/144B), характерну для Т-клітинних псевдолімфом (таблиця).

Виявлені іммуногістохімічні маркери, а також клінічні особливості захворювання (повільна прогресія, стійкість течії, нормальна фоточувствителісність) найбільш характерні для лімфоцитарної інфільтрації Йесснера–Канофа. Пацієнтці була запропонована терапія, включаюча однократне внутрішочагове введення триамцінолона, 2-місячний курс гідроксихлорохіна, зовнішнє застосування інгібіторів кальціневрину щодня, а також вузькополосну (311 нм) фототерапію двічі в тиждень в тиждень 2 міс. В результаті проведеного лікування був досягнутий стійкий позитивний ефект, зберіганий більш ніж 8 міс (рис. 3).

### Выводы

1. Дерматологічна патологія з наявністю тривалих існуючих інфільтративних осередків ураження в області обличчя, стійких до стандартних методів лікування, потребує виключення ЛІІК.

2. Основними іммуногістохімічними маркерами ЛІІК є клононі проліферації CD4 (DAKOclone 4B12) CD8 (DAKOclone CD/114B), CD123-кліток.

3. При лікуванні стійких форм ЛІІК комбіноване застосування внутрішочагового кортикостероїда, топического інгібітора кальціневрину і вузькополосної (311 нм) фототерапії забезпечує позитивний терапевтичний ефект і тривалий контроль захворювання.

### Список литературы

- Олисова О.Ю., Потекаев Н.С. Псевдолімфомы кожи.— М.: «Практика», 2013.— 116 с.
- Полозов Ю.Р. Лімфоцитарна інфільтрація шкіри Йесснера–Канофа (клініка, діагностика і лікування): автореф. дис. ...к.мед. н.— СПб, 1997.— 23 с.
- Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С., Иванов О.Л. Дерматовенерология. Национальное руководство.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.— 1052 с.
- Снарская Е.С., Гришина В.Б., Гаранян Л.Г. Лімфоцитарна інфільтрація Йесснера–Канофа // Рос. журн. кожн. и венер. болезней.— 2015.— № 4.— С. 17–20.
- Трофимов П.Н., Антонова О.В., Хайрутдинов В.Р. и др. Патоморфологічні зміни у великих лімфоцитарній інфільтрацією Джесснера–Канофа, ретикулярним еритематозним муцинозом і опухолевидній червоною волчанкою // Вест. дерматол. и венерол.— 2015.— № 6.— С. 41–49. doi: 10.25208/0042-4609-2015-0-6-52-53.
- Corazza M., Borghi A., Minghetti S. et al. Duloxetine-induced pseudolymphoma with features of lymphocytic infiltration of Jessner–Kanof // Acta Derm. Venereol.— 2014.— Vol. 94 (5).— P. 605–606. doi: 10.2340/00015555-1785.
- Demir B., Uçak H., Solmaz Ö., Erdenİ. Bilateral Jessner lymphocytic infiltration in the ear lobes: A case report and

- Literature review // J. Clin. Exp. Invest.— 2014.— Vol. 5 (2).— P. 313–315 doi: 10.5799/ahinjs.01.2014.02.0410.
- Jessner M., Kanof B. Lymphocytic infiltration of the skin // Arch. Dermatol.— 1953.— Vol. 68.— P. 447–449.
  - Kim I.S., Kim B.R., Youn S.W. Differentiation of Jessner's Lymphocytic Infiltration of the Skin from Various Chronic Cutaneous Lupus Erythematosus Subtypes by Quantitative Computer-Aided Image Analysis // Dermatology.— 2016.— Vol. 232.— P. 57–63. doi: 10.1159/000440648.
  - Laurinaviciene R., Clemmensen O., Bygum A. Successful Treatment of Jessner's Lymphocytic Infiltration of the Skin with Methotrexate // Acta Dermato-Venereologica.— 2009.— Vol. 89.— P. 542–543. doi: 10.2340/00015555-0707.
  - Lipsker D., Mitschler A., Grosshans E., Cribier B. Could Jessner's lymphocytic infiltrate of the skin be a dermal variant of lupus erythematosus? An analysis of 210 cases // Dermatology.— 2006.— Vol. 213.— P. 15–22. doi: 10.1159/000092832.
  - Poenitz N., Dippel E., Klemke C.D., Qadoumi M., Goerd S. Jessner's lymphocytic infiltration of the skin: a CD8<sup>+</sup> polyclonal reactive skin condition // Dermatology.— 2003.— Vol. 207.— P. 276–284. doi: 10.1159/000073090.
  - Yalcin A., Bisgin A., Gorczynski R. et al. Jessner-Kanof Lymphocytic Infiltrate as a Side Effect of Immunotherapy // World Allergy Organization J.— 2012.— Vol. 5.— P. 122–123. doi: 10.1097/01.wox.0000412147.11920.7f.

М.Е. Запольський<sup>1</sup>, М.М. Лебедюк<sup>1</sup>, Н.Б. Прокоф'єва<sup>1</sup>, Л.П. Квітко<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Одеський національний медичний університет, Одеса

<sup>2</sup> КНП «Одеський обласний шкірно-венерологічний диспансер» Одеської обласної ради, Одеса

## Клінічне спостереження лімфоцитарної інфільтрації Іесснера—Канофе у ділянці обличчя. Особливості діагностики та лікування

Лімфоцитарна інфільтрація Іесснера—Канофа належить до Т-клітинних псевдолімфом — реактивних дерматозів, які виникають у відповідь на вплив екзогенних та ендогенних факторів і характеризуються гістологічною та клінічною подібністю зі злоякісними лімфомами, від яких вони відрізняються доброякісним перебігом. Уперше захворювання описали М. Jessner та В. Kanof у 1953 р.

Лімфоцитарна інфільтрація Іесснера—Канофа характеризується щільною Т-лімфоцитарною муфтоподібною периваскулярною інфільтрацією дерми з переважанням малих зрілих поліклональних лімфоцитів без залучення епідермісу та здебільшого проявляється у вигляді еритематозних папул або бляшок з їх локалізацією на обличчі, шиї та спині. Етіологія цього захворювання дотепер є недостатньо вивченою. Для хронічного перебігу захворювання характерне чергування періодів загострення та ремісії. Основними провокуючими факторами є хронічні захворювання травного тракту (гастрит, коліт, холецистит, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки та ін.), рідше — прийом лікарських засобів, імунотерапія, інсоляція.

Диференційну діагностику лімфоцитарної інфільтрації Іесснера—Канофа проводять із дисконічним червоним вовчаком, лімфоцитомою, злоякісною лімфомою шкіри, саркоїдозом, токсикодермією. Труднощі діагностики цього захворювання зумовлені різноманітністю його клінічних виявів.

У статті описано клінічний випадок лімфоцитарної інфільтрації Іесснера—Канофа з її локалізацією у ділянці обличчя у 18-річної дівчини. Раніше захворювання було діагностовано як *perioral dermatitis, acne cystic, lupus erythematosus*. За даними гістохімічного дослідження виявлено виражену лімфоцитарну інфільтрацію з переважанням клітин CD4 (clone 4B12) та CD8 (clone C8/144B), що характерно для Т-клітинних псевдолімфом. У пацієнтки після проведеного лікування (триамцінолон, гідроксихлорохін, інгібітори кальциневрину, використання вузькосмугової фототерапії) досягнуто стійкого позитивного терапевтичного ефекту, який зберігався понад 8 міс.

**Ключові слова:** лімфоцитарна інфільтрація Іесснера—Канофа, псевдолімфома, лікування.

М.Е. Zapolskiy<sup>1</sup>, М.М. Lebediuk<sup>1</sup>, N.B. Prokofyeva<sup>1</sup>, L.P. Kvitko<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Odesa National Medical University

<sup>2</sup> Odesa Regional Dermatovenerological Dispensary

## Clinical observation of Jessner—Kanof lymphocytic infiltration on the face. Features of diagnostics and treatment

Jessner—Kanof lymphocytic infiltration refers to T-cell pseudolymphomas — reactive dermatoses that occur in response to exogenous and endogenous influences and are characterized by histological and clinical similarities with malignant lymphomas, from which they are distinguished by a benign course. It was first described in 1953 by M. Jessner and B. Kanof. The disease is characterized by dense T-lymphocytic mult-like perivascular infiltration of the dermis with a predominance of small mature polyclonal lymphocytes without epidermal involvement and usually appears as erythematous papules or plaques on the face, neck and back. The etiology of Jessner—Kanof lymphocytic infiltration remains poorly understood.

The disease proceeds with periods of exacerbations and remissions. The provoking factors (most often) are chronic diseases of the digestive tract (chronic gastritis, colitis, cholecystitis, peptic ulcer of the stomach and duodenum, etc.), less commonly — medication, immunotherapy, insolation.

Differential diagnosis of Jessner—Kanof lymphocytic infiltration is carried out with discoid lupus erythematosus, lymphocytoma, malignant lymphoma of the skin, sarcoidosis, toxicoderma. Diagnostic difficulties of this disease are caused by a variety of its clinical manifestations.

A case of Jessner—Kanof lymphocytic infiltration in the face region of an eighteen-year-old girl is described. Previously, the disease was diagnosed as *perioral dermatitis, acne cystic, lupus erythematosus*. Histochemical examination revealed pronounced lymphocytic infiltration with a predominance of CD4 (clone 4B12) and CD8 (clone C8/144B) cells, which is typical of T-cell pseudolymphs. After the treatment (triamcinolone, hydroxychloroquine, calcineurin inhibitors, narrow-band phototherapy), a lasting positive therapeutic effect (for more than eight months) was achieved.

**Key words:** Jessner—Kanof lymphocytic infiltration, pseudolymphoma, treatment.

### Дані про авторів:

**Запольський Максим Едуардович**, д. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології  
<http://orcid.org/0000-0002-3896-5030>

65006, м. Одеса, вул. Академіка Воробйова, 5. E-mail: maksimz@3g.ua

**Лебедюк Михайло Миколайович**, д. мед. н., проф., зав. кафедри дерматології та венерології  
<http://orcid.org/0000-0003-1427-0792>

**Прокоф'єва Ніна Борисівна**, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології  
<http://orcid.org/0000-0003-4502-4287>

**Квітко Лілія Павлівна**, лікар-дерматовенеролог