

В.Є. Ткач, О.Д. Александрук, М.С. Волошинович, І.Д. Костишин,  
Н.Р. Матковська, Н.В. Козак  
Івано-Франківський національний медичний університет

## Гранулематозний хейліт Мішера: випадок з практики

Гранулематозний хейліт Мішера (ГХ) — рідкісний ідіопатичний хронічний стійкий безболісний набряк губ із гранулематозним інфільтратом. Розвиток ГХ часто пов'язують з орофациальним гранулематозом та синдромом Мелькерсона—Розенталя. Іноді ГХ відносять до саркоїдозу Бенъе—Бека—Шаумана без системних уражень. При цьому існує ймовірність, що він є окремим захворюванням. Серед вторинних причин захворювання можна відзначити реакцію у відповідь на інфікування мікобактеріями туберкульозу, а також на введення тканинних філерів.

Наведено клінічний випадок ГХ Мішера, ймовірною причиною якого були інфекційні агенти: тривалий нелікований карієс багатьох зубів та COVID-19.

*Пацієнтка К.*, 46 років, звернулась зі скаргами на набряк і збільшення нижньої губи, відчуття оніміння і дискомфорт. Захворіла тиждень тому. Набряк сформувався поступово, протягом 6—7 днів, без порушення загального стану та за нормальної температури тіла. Губи припухлі, дещо гіперемійовані, їхній розмір збільшений, нижня — вивернута назовні. При пальпації — губи м'яко-еластичної консистенції, не болючі. Больова, тактильна та температурна чутливість збережена. За даними дермоскопії на всій оглянутій поверхні спостерігали біло-сірі безструктурні ділянки, що формували сітчастий патерн. Судини нечіткі, повнокровні, візуалізуються на навколишній шкірі на значній відстані від краю губ.

Хворій призначено системні та топічні кортикостероїди, гідроксихлорохін, гіалуронідазу. Проведено санацію ротової порожнини. Через 1 міс лікування набряк губ поступово зменшився. Під час контрольного огляду через 2 міс розмір губ зменшився в 2—2,5 разу. Рецидиву хвороби не відмічено.

**Висновки.** На нашу думку, ГХ Мішера є окремою різновидністю хейліту, ймовірно, автоімунного характеру, в реалізації якого важливу роль відіграють бактеріальні та вірусні інфекційні агенти (фокальна інфекція, карієс, гайморит, фронтит тощо). Переконливим доказом є одужання пацієнтки після санації вогнищ інфекції та проведення комплексної протизапальної терапії.

### Ключові слова

Гранулематозний хейліт, хейліт Мішера, диференціальна діагностика, лікування.

Гранулематозний хейліт (ГХ) або хейліт Мішера) вперше було описано швейцарським дерматологом Мішером у 1945 р. як рідкісний ідіопатичний хронічний стійкий безболісний набряк губ із гранулематозним інфільтратом [2]. Розвиток ГХ часто пов'язують з орофациальним гранулематозом, що є поєднанням рецидивного збільшення губ і появи виразок у ротовій порожнині, з низкою додаткових орофациальних особливостей без інших системних станів, які можна було би ідентифікувати [6]. Крім того, ймовірно, існує зв'язок ГХ із синдромом Мелькерсона—

Розенталя, що включає асоціацію рецидивного лицевого паралічу, транзиторного набряку обличчя та тріщин язика (*lingua plicata*), тобто, можливо, він є його моносимптомною формою [7]. Іноді ГХ відносять до саркоїдозу Бенъе—Бека—Шаумана без системних уражень, хоча можна припустити, що він є окремим захворюванням [3].

Серед вторинних причин можлива реакція у відповідь на інфікування мікобактеріями туберкульозу, в такому випадку ГХ може бути маркером активної чи латентної туберкульозної інфек-



Рис. 1. Хвора К. Макрофото. Ділянка губ.



Рис. 2. Хвора К. Дермоскопія. Мікрофотографії червоної облямівки губ. Heine Delta 30.  $\times 10$ .

ції [5], а також на введення тканинних філерів, що викликає особливий інтерес з огляду на загальну тенденцію до збільшення кількості корегуючих маніпуляцій серед населення [4].

Зважаючи на все перераховане вище, доречно розглядати ГХ як гетерогенну групу розладів, що характеризуються гранулематозно-запальною реакцією губ у відповідь на різні подразники.

Наводимо клінічний випадок хейліту Мішера, ймовірною причиною якого були інфекційні агенти: тривалий нелікований карієс багатьох зубів та COVID-19.

*Пацієнтка К.*, 46 років, домогосподарка, мешканка села, звернулась зі скаргами на набряк і збільшення нижньої губи, відчуття оніміння і дискомфорт. Захворіла тиждень тому. Набряк сформувався поступово, протягом 6–7 днів, без порушення загального стану і за нормальної

температури тіла. Появу хвороби ні з чим не пов'язує, 1,5 міс тому перенесла COVID-19 середньої тяжкості, була госпіталізована, отримувала відповідну терапію. Дерматолог за місцем проживання діагностував бешиху, призначив антибіотики. Поліпшення стану пацієнтки не відмітила.

Дані огляду: загальний стан задовільний, температура тіла 36,5 °С, шкіра та слизові оболонки звичайного забарвлення, тургор та еластичність знижені. В ротовій порожнині слизова оболонка щік, зівя, язика рожевого кольору без висипань і нальоту. Слизова оболонка та бокові поверхні язика малинового кольору, гладкі, без борізід, сосочки згладжені. Губи припухлі, їхній розмір збільшений, дещо гіперемійовані, нижня — вивернута назовні (рис. 1). При пальпації губи м'яко-еластичної консистенції, не болючі. Больо-

ва, тактильна та температурна чутливість збережена. Електротермометрія шкіри губ — 35,6 °. Регіональні лімфатичні вузли не збільшені.

Проведено дермоскопію червоної облямівки губ. На поверхні виявлено поодинокі кірки біло-жовтого кольору, поверхневий кератин виповнює складки рельєфу. На всій оглянутій поверхні спостерігали біло-сірі безструктурні ділянки, що формували сітчастий патерн. Судини нечіткі, повнокровні, візуалізуються на навколишній шкірі на значній відстані від краю губ (рис. 2).

У загальному та біохімічному аналізах крові відхилень від норми не виявлено, рівень глюкози в крові — 5,2 ммоль/л. Загальний аналіз сечі — без патологічних змін. УЗД органів черевної порожнини: дискінезія жовчних шляхів, метеоризм. ЕКГ: явища кардіосклерозу. Рентгенографія органів грудної клітки: вікові зміни легеневої тканини.

Консультація стоматолога: парадонтит, карієс зубів, відсутність 6 зубів. Рекомендовано проведення санації ротової порожнини.

Пацієнтці призначено суспензію бетаметазону 4 мг внутрішньом'язово 1 раз на 7 днів (3 ін'єкції), гідроксихлорохін 400 мг на добу протягом 10 днів, потім 200 мг на добу впродовж 20 днів, гіалуронідазу (по 64 од. внутрішньом'язово № 15), полівітаміни. Місцево — аплікації з нефторованими кортикостероїдами на 50 % розчині диметилсульфоксиду. Проведено санацію ротової порожнини. Протягом 1 міс лікування набряк губ поступово зменшився. Під час контрольного огляду через 2 міс розміри губ у пацієнтки зменшилися в 2—2,5 разу. Рецидиву хвороби не відмічено.

ГХ доцільно диференціювати насамперед із синдромом Мелькерссона—Розенталя, який окрім хейліту (частіше верхньої губи) супроводжується рецидивним невритом лицевого нерва, географічною складчастістю язика, рідко — парестезією пальців і розладами ковтання. Гістологічно синдром Мелькерссона—Розенталя подібний до хейліту Мішера, що і є аргументом на користь того, що хейліт Мішера є моносимптомною формою синдрому Мелькерссона—Розенталя.

Саркоїдоз Беньє—Бека—Шаумана — поверхнева форма, рідко локалізується на губах, частіше в ділянці носа, щік. Характеризується щільними стійкими вузликами, які зливаються в інфільтрати,

що мають забарвлення від рожево-червоного до синюшно-бурого. За даними діаскопії для висипань характерний феномен «жовтих пилинок».

ГХ клінічно може бути подібним до бешихи (на момент звернення до дерматолога пацієнтці проводили лікування від бешихи). Проте у хворих на бешиху висипання мають гострозапальний характер, шкіра яскраво-червоного кольору, із зазубленими, чіткими краями, що нагадують язики полум'я, набрякла, гаряча на дотик, помірно болюча. На цьому тлі можуть бути міхури, що мають серозний або геморагічний вміст. Висипання супроводжуються гіпертермією, лихоманкою, головним болем, загальною слабкістю, іноді нудотою.

У літературних джерелах представлено численні методи та схеми лікування, однак вони не завжди ефективні. Першою лінією терапії є внутрішньовогнищеве застосування кортикостероїдів. Найчастіше для цього використовують тріамцінолон та його комбінації з антибіотиками. Також призначають імуносупресивні засоби, включаючи метотрексат, моноклональні антитіла (інфліксимаб і адалімумаб), та системні антибіотики, такі як тетрациклін і метронідазол. Серед інших препаратів застосовують клофазимін, гідроксихлорохін або сульфасалазин [6].

Результати медикаментозного лікування зазвичай лише частково успішні, ефект подекуди обмежується гострою фазою, а захворювання знову рецидивує. Також можливе хірургічне лікування. В певних випадках оперативне втручання дає змогу досягти позитивного функціонального та естетичного ефекту. Однак остаточний вибір залишається за пацієнтом [1].

## Висновки

На нашу думку, ГХ Мішера є окремою різновидністю хейліту, ймовірно, аутоімунного характеру, в реалізації якого важливу роль відіграють бактеріальні і вірусні інфекційні агенти (фокальна інфекція, карієс, гайморит, фронтит тощо). Переконаливим доказом є одужання пацієнтки після санації вогнищ інфекції та проведення комплексної протизапальної терапії. Прогноз позитивний, можливі рецидиви.

ГХ Мішера — рідкісна форма хейліту. З метою уникнення діагностичних помилок необхідно надати дерматологам, стоматологам, алергологам і сімейним лікарям максимальну кількість інформації про цю хворобу.

## Конфлікту інтересів немає.

**Участь авторів:** концепція і дизайн дослідження — В.Є. Ткач, О.Д. Александрук, І.Д. Костишин; збір матеріалу — В.Є. Ткач, Н.Р. Матковська; обробка матеріалу та написання тексту — В.Є. Ткач, М.С. Волошинович; редагування тексту — В.Є. Ткач, Н.В. Козак, М.С. Волошинович.

## Список літератури

1. Cámara-Pérez J, Zapata-Negreiros JC, Alonso PE, Leiva-Cepas F. Surgical management of Miescher's cheilitis: a case report. *GMS Interdiscip Plast Reconstr Surg DGPW*. 2021 Jul 22;10:Doc09. doi: 10.3205/iprs000159.
2. Miescher GI. Vorträge — Communications. Über essentielle granulomatöse Makrocheilie (Cheilitis granulomatosa). *Dermatology*. 1945;91(2-3):57-85. doi: 10.1159/000255774.
3. Snoussi M, Frikha F, Mnif H, et al. Granulomatous gingival manifestation in Melkersson Rosenthal syndrome: a case report. *Pan Afr Med J*. 2023 Feb 6;44:72. doi: 10.11604/pamj.2023.44.72.22704.
4. Tamiolakis P, Piperi E, Christopoulos P, Sklavounou-Andrikopoulou A. Oral foreign body granuloma to soft tissue fillers. Report of two cases and review of the literature. *J Clin Exp Dent*. 2018;10(2):e177-e184. doi: 10.4317/jced.54191.
5. Tomov G, Voynov P, Bachurska S. Granulomatous cheilitis or tuberculid? Antibiotics (Basel). 2022;11(4):522. doi: 10.3390/antibiotics11040522.
6. Tummidi S, Nagendran P, Anthony ML, et al. Granulomatous cheilitis of Miescher: a rare entity. *BMC Womens Health*. 2023;23:118. doi: 10.1186/s12905-023-02280-9.
7. Wiesenfeld D, Ferguson MM, Mitchell DN, et al. Oro-facial granulomatosis — a clinical and pathological analysis. *Q J Med*. 1985;54(213):101-13. PMID: 3975343.

V.Ye. Tkach, O.D. Aleksandrak, M.S. Voloshynovych, I.D. Kostyshyn, H.R. Matkovska, N.V. Kozak  
Ivano-Frankivsk National Medical University

## Miescher's cheilitis granulomatosa: a case report

Miescher's cheilitis granulomatosa (MCG) is a rare idiopathic chronic persistent painless lip swelling with granulomatous infiltrate. It is often associated with orofacial granulomatosis and Melkersson–Rosenthal syndrome. Sometimes cheilitis granulomatosa is attributed to sarcoidosis (Besnier–Boeck–Schaumann disease) without systemic lesions. Although there is a possibility that it is a separate disease. Secondary causes include a reaction in response to infection with *Mycobacterium tuberculosis*, as well as to the introduction of tissue fillers.

The publication presents a clinical case of Miescher's cheilitis, the probable cause of which were the following infectious agents: longterm untreated caries of many teeth and COVID19.

*Patient K.*, 46 years old, complained of swelling and enlargement of the lower lip, a feeling of numbness and discomfort. She fell ill a week ago. Swelling formed gradually over 6–7 days without disturbing the general condition; the body temperature was within the normal range. The lips were swollen, increased in size, slightly hyperemic, the lower one was turned outwards. The lips had a softelastic consistency and were not painful to palpate. Pain, tactile and temperature sensitivity were preserved. Dermoscopy was performed. Whitegrey, structureless areas forming a reticular pattern were observed on the entire surface of the examined area. The vessels were not clear, fullblooded, visualised in the surrounding skin at a considerable distance from the lip edge.

The patient was prescribed systemic and topical corticosteroids, hydroxychloroquine, and hyaluronidase. The oral cavity was sanitised. During the month of treatment, the swelling of the lips gradually decreased. At the control examination in two months, the patient's lip size decreased by 2–2.5 times. There was no relapse of the disease.

**Conclusions.** In our opinion, Miescher's cheilitis granulomatosa is a separate type of cheilitis, probably of autoimmune nature, in the implementation of which bacterial and viral infectious agents play an important role (focal infection, caries, maxillary sinusitis, frontitis, etc.). The recovery of our patient after the sanitation of the infection foci and complex anti-inflammatory therapy is a convincing proof.

**Keywords:** cheilitis granulomatosa, Miescher's cheilitis, differential diagnosis, treatment.

Стаття надійшла до редакції / Received 22.12.2023.

Стаття рекомендована до опублікування / Accepted 29.01.2024.

Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2024;1:30-33. doi: 10.30978/UJDVK2024-1-30.

Ukr J Dermatol, Venerol, Cosmetol. 2024;1:30-33. http://doi.org/10.30978/UJDVK2024-1-30.

## Дані про авторів / Author's informations

**Ткач Василь Євтихійович**, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології, заслужений лікар України

<https://orcid.org/0000-0001-5560-3923>

E-mail: des1ua@gmail.com

**Александрук Олександр Дмитрович**, к. мед. н., доц., зав. кафедри дерматології та венерології

<https://orcid.org/0000-0003-1580-9286>

**Волошинович Мар'ян Стефанович**, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології

<https://orcid.org/0000-0001-7619-2289>

E-mail: mvoloshynovych@gmail.com

**Костишин Іван Данилович**, к. мед. н., доц. кафедри онкології

<https://orcid.org/0000-0002-2893-5153>

**Матковська Наталія Романівна**, д. мед. н., проф. кафедри терапії, сімейної та екстреної медицини

<https://orcid.org/0000-0002-9924-2127>

**Козак Наталія Валеріївна**, викладач кафедри дерматології та венерології

<https://orcid.org/0000-0002-3190-5238>