

Л.О. Ковтун^{1, 2}¹Одеський національний медичний університет²Комунальне некомерційне підприємство «Одеський регіональний клінічний протипухлинний центр» Одеської обласної ради

Псоріазоподібна базальноклітинна карцинома, що імітує псоріаз: клініко-дерматоскопічна та цитологічна кореляція (клінічний випадок)

Мета роботи — продемонструвати діагностичне значення дерматоскопічного та цитологічного досліджень у випадку атипичної клінічної презентації поверхневої базальноклітинної карциноми, що імітувала псоріазоподібне ураження шкіри, та підкреслити необхідність проведення диференційної діагностики запальних дерматозів й неопластичних процесів.

Матеріали та методи. Дослідження виконано у форматі опису клінічного випадку. Проаналізовано результати клінічного, дерматоскопічного, лабораторного, імунологічного, ультразвукового та цитологічного досліджень пацієнтки із солітарним псоріазоподібним ураженням шкіри правого плеча тривалістю близько 3 років. Проведено стандартний дерматологічний огляд, цифрову дерматоскопію в поляризованому режимі, цитологічне дослідження для морфологічної верифікації, а також виконано комплексне лабораторно-інструментальне обстеження, призначено міждисциплінарні консультації.

Результати та обговорення. Клінічно ураження мало вигляд чітко окресленої еритематозно-сквамозної бляшки з центральною ерозією, що тривалий час розцінювали як запальний дерматоз. За результатами дерматоскопічного дослідження виявлено атипичні телеангіектазії, асиметричний судинний розподіл і відсутність характерного для псоріазу пунктирного патерну. Цитологічно підтверджено наявність базалоїдних неопластичних клітин, що дало підстави встановити діагноз базальноклітинної карциноми шкіри T3N0M0, стадія III.

Висновки. Псоріазоподібна базальноклітинна карцинома є рідкісною та діагностично складною формою раку шкіри. Дерматоскопічне дослідження як ключовий неінвазивний метод дає змогу провести раннє розмежування неопластичних і запальних уражень, а остаточної діагностики ґрунтується на морфологічному підтвердженні. Комплексний підхід забезпечує своєчасну діагностику та оптимальний вибір лікування.

Ключові слова

Дерматоскопія, базальноклітинна карцинома, псоріаз, новоутворення, дерматози, диференційна діагностика.

Базальноклітинна карцинома є найпоширенішим типом немеланомних злоякісних пухлин шкіри, характеризуючись мільйонами нових випадків, що щорічно реєструють у світі, за збереження стійкої тенденції до зростання захворюваності [7]. Незважаючи на відносно повільний ріст і вкрай низький метастатичний потенціал, базальноклітинна карцинома здатна поширюватися як у поверхневих шарах шкіри, так і в глибоких тканинах, спричиняючи виражену локальну деструкцію, особливо у разі несвоєчасної діагностики та відтермінування лікування.

У більшості випадків клінічна картина базальноклітинної карциноми є типовою та дає змогу запідозрити неопластичний процес вже на етапі первинного дерматологічного огляду. Водночас у поодиноких, але клінічно значущих випадках це новоутворення може мати атипичну клінічну презентацію та імітувати запальні дерматози, зокрема псоріаз, що суттєво ускладнює своєчасну та адекватну діагностику [4]. Подібна клінічна маска є особливо небезпечною, оскільки призводить до тривалого призначення протизапальної або протипсоріатичної терапії без досягнення

належного ефекту та відтерміновує проведення гістологічної верифікації.

Діагностичні труднощі додатково посилюються у разі локалізації уражень на відкритих, хронічно інсоляційно навантажених ділянках шкіри, де одночасно високою є як частота базальноклітинної карциноми, так і поширеність запальних дерматозів. У таких анатомічних зонах клінічні ознаки можуть бути стертими або нетиповими, що підвищує ризик діагностичних помилок [1].

У літературі описано низку клінічних випадків, у яких поверхневу форму базальноклітинної карциноми тривалий час помилково трактували як псоріаз. У відповідних case-reports зазначено, що ураження маніфестували у вигляді еритематозних, чітко окреслених, лускатих бляшок, резистентних до стандартної протизапальної або протипсоріатичної терапії, що призводило до значної затримки встановлення правильного діагнозу [2, 6]. У деяких пацієнтів такі ураження існували протягом кількох років, їхні розміри поступово збільшувались, перш ніж було виконано біопсію з подальшою гістологічною верифікацією базальноклітинної карциноми [6].

Окремо описано випадки гігантської поверхневої базальноклітинної карциноми, локалізованої на тулубі або кінцівках, яка клінічно майже повністю відповідала псоріатичній бляшці і її тривалий час лікували як хронічний запальний дерматоз. Автори наголошують, що саме поверхнева форма базальноклітинної карциноми найчастіше має псоріазоподібні ознаки, зокрема поверхневе лущення, слабку інфільтрацію та відсутність типової перлинної облямівки, що значно ускладнює проведення клінічної диференційної діагностики [2].

За подібних клінічних ситуацій особливого значення набуває дерматоскопічне дослідження як неінвазивний метод, що дає змогу виявити специфічні судинні та структурні патерни, не характерні для запальних дерматозів, та суттєво підвищити точність діагностичного розмежування псоріазу і пухлинних уражень шкіри.

Мета роботи — продемонструвати діагностичне значення дерматоскопії у випадку атипової клінічної презентації базальноклітинної карциноми, що імітувала псоріазоподібне ураження шкіри, а також підкреслити роль дерматоскопічного та цитологічного досліджень у своєчасній диференційній діагностиці запальних дерматозів та неопластичних процесів шкіри.

Матеріали та методи

Дослідження виконано у форматі опису клінічного випадку. Проаналізовано результати клінічного, дерматоскопічного, лабораторного, імунологічного, ультразвукового та цитологічного дослід-

жень пацієнтки з ізольованим псоріазоподібним ураженням шкіри правого плеча. Додатково пацієнтку проконсультували терапевт та радіолог.

Проведено стандартний дерматологічний огляд з оцінкою локалізації, розмірів та морфологічних характеристик елементів висипу, наявності лущення, інфільтрації й суб'єктивних скарг. Проаналізовано анамнестичні дані, зокрема тривалість існування ураження.

З метою виключення системного запального процесу, інфекційних уражень та супутньої соматичної патології виконано лабораторні дослідження: загальний аналіз крові з лейкоформулою, біохімічний аналіз крові (з оцінкою функції печінки та нирок), загальний аналіз сечі, а також визначено показники системного запалення. Результати інтерпретовано відповідно до референтних значень лабораторії.

З метою оцінки імунного статусу проведено імунологічне обстеження (імунограму) з визначенням субпопуляцій лімфоцитів і показників гуморальної ланки імунітету. Результати інтерпретовано відповідно до вікових референтних значень із урахуванням клінічного контексту.

Дерматоскопічне дослідження проведено з використанням цифрового дерматоскопа серії Dino-Lite DermaScope® у поляризованому режимі з подальшою цифровою фіксацією зображень за допомогою програмного забезпечення Dino Capture 2.0 (версія 1.5.21.A). Аналіз дерматоскопічної картини здійснено з урахуванням судинних патернів, кольору фону, характеру лущення та симетричності ураження згідно із сучасними дерматоскопічними критеріями оцінки немеланомних новоутворень шкіри.

Для морфологічної верифікації діагнозу виконано цитологічне дослідження тканин ураженої ділянки шкіри. Отриманий матеріал оцінено на наявність базалоїдних клітин, ядерних атипій та характерних ознак неопластичного процесу.

Дослідження виконано відповідно до етичних стандартів ICH/GCP, принципів Гельсінської декларації (1964 р. з подальшими доповненнями), Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину, а також чинного законодавства України. Пацієнтка надала письмову інформовану згоду на проведення обстежень та публікацію клінічного випадку з використанням анонімізованих даних. Отримано дозвіл Комісії з питань біоетики Одеського національного медичного університету (протокол від 14.01.2026 р. № 1).

Результати

Опис клінічного випадку

Пацієнтка, 1950 року народження, вперше звернулася до дерматовенеролога зі скаргами на

стійкий висип на шкірі правого плеча, який зберігався протягом 3 років. Суб'єктивні скарги були мінімальними; періодично відмічала лущення. З анамнезу відомо, що раніше пацієнтка самостійно застосовувала місцеву терапію без суттєвого клінічного ефекту.

Під час клінічного огляду на передній поверхні правого плеча визначене одиничне, чітко окреслене вогнище ураження округлої форми діаметром приблизно 6–8 см (рис. 1).

Осередок мав рожево-червоне (еритематозне) тло з помірною інфільтрацією та вираженим сухим лущенням по всій поверхні.

У центральній частині ураження візуалізовано ділянку кірки та поверхневий дефект, що відповідав ерозивно-гіперкератотичним змінам, по периферії осередку – нерівномірне лущення з відносно чіткими межами, без вираженого підриття. Ознак активного мокнущого або гнійного ексудату не виявлено.

Навколишня шкіра без істотних змін, збережено нормальне забарвлення. Загальна морфологія ураження створює враження папулосквамозного процесу з центральною деструкцією, що клінічно може імітувати запальний дерматоз.

З огляду на те, що ураження було солітарним, існувало тривалий час і не мало тенденції до регресування, проведено дерматоскопічне дослідження з метою оцінки судинного патерну. У подібних випадках аналіз судинних структур є важливим діагностичним інструментом, оскільки дає змогу орієнтовно диференціювати ураження запального та неопластичного характеру й, відповідно, визначити подальшу тактику обстеження.

Дерматоскопічна картина

У центральній частині новоутворення виявлено рожево-червоне еритематозне тло з ділянками поверхневого дефекту та білими безструктурними зонами (рис. 2).

Візуалізовано ерозію з геморагічними включеннями та залишками серозно-геморагічної кірки, що частково перекривали підлеглі дерматоскопічні структури. Поверхня осередку нерівномірною, наявні елементи гіперкератозу та лущення, які місцями маскували судинний малюнок; у межах ерозивної ділянки судинні структури були слабо вираженими або не візуалізувалися, що відповідало центральній епітеліальній деструкції та локальній втраті дерматоскопічної архітекτονіки.

По периферії ураження визначено більш однорідне рожево-біле тло з чіткішою візуалізацією судинних структур, представлених тонкими лінійними та лінійно-звивистими телеангіектазіями, розташованими хаотично, без симетрії, місцями з тенденцією до розгалуження



Рис. 1. Клінічна картина поверхневої базальноклітинної карциноми: чітко відмежована еритематозна пляшка з лущенням та поверхневими кірочками, що імітує псоріазоподібне ураження шкіри

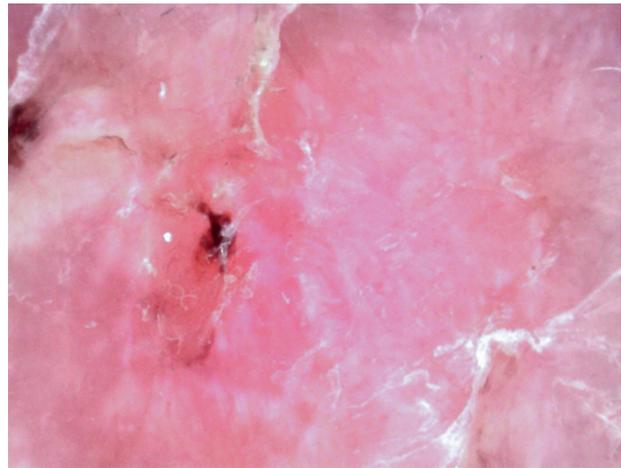


Рис. 2. Дерматоскопічні ознаки поверхневої базальноклітинної карциноми з псоріазоподібною клінічною мімікрією

(див. рис. 2). Судини різного калібру не формували регулярного сітчастого або крапкового патерну; ознаки, типові для псоріатичних уражень (рівномірно розподілені пунктирні капіляри), відсутні. Лущення по периферії мінімальне або не визначається.

Сукупність зазначених ознак — еритематозне тло, наявність білих безструктурних зон, центральних ерозивно-деструктивних змін, нерегулярних лінійних і звивистих телеангіектазій по периферії та відсутність специфічних судинних патернів запальних дерматозів — є характерною для поверхневої (псоріазоподібною) базальноклітинної карциноми.

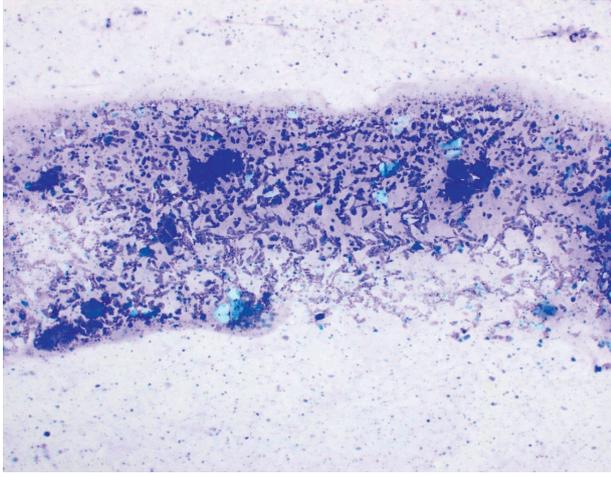


Рис. 3. Цитологічна картина базальноклітинної карциноми: скупчення базалоїдних клітин із гіперхромними ядрами та високим ядерно-цитоплазматичним співвідношенням

Фарбування за Романовським—Гімзою. $\times 20$.

Цитологічне дослідження

З метою верифікації діагнозу проведено цитологічне дослідження. У цитологічному препараті виявлено скупчення мноморфних дрібних базалоїдних клітин, що формували щільні комплекси та пласти. Клітини характеризувалися невеликими розмірами, вузьким обідком базофільної цитоплазми та гіперхромними округлими або овальними ядрами з високим ядерно-цитоплазматичним співвідношенням; ядерця були невиражені або відсутні. Ознак зрілої кератинізації та вираженого клітинного поліморфізму не виявлено, що є характерним для базальноклітинної карциноми (рис. 3).

Запальне тло у цитологічному препараті було мінімальним і представленим поодинокими запальними клітинами, які не домінували в клітинній популяції та не маскували неопластичних елементів. Відсутність вираженої запальної інфільтрації свідчала про неопластичний, а не запальний характер процесу та мала важливе диференційно-діагностичне значення, зокрема для відмежування базальноклітинної карциноми від запальних дерматозів.

Зміни показників лабораторних досліджень

З огляду на встановлений попередній неопластичний характер ураження та для оцінки загального стану пацієнтки було проаналізовано результати лабораторних досліджень. Виявлено низку відхилень від референтних значень, що свідчить про наявність системної запальної відповіді та метаболічних порушень. З боку системи гемостазу відзначене підвищення рівня фібриногену до 4,50 г/л, що перевищує верхню межу

норми та може підтверджувати наявність хронічного запального процесу.

У загальному аналізі крові виявлено помірний лейкоцитоз ($10,3 \cdot 10^9/\text{л}$) у поєднанні зі значним підвищенням швидкості осідання еритроцитів (30 мм/год). Лейкоцитарна формула характеризувалася нейтрофільним зсувом вліво з підвищенням частки паличкоядерних нейтрофілів до 8 % та збільшенням їхньої абсолютної кількості, що узгоджувалося з ознаками хронічного запалення.

Біохімічний аналіз крові продемонстрував порушення вуглеводного та ліпідного обміну: рівень глюкози натще становив 6,80 ммоль/л, що перевищує референтні значення, також виявлено гіперхолестеринемію з підвищенням рівня загального холестерину до 7,07 ммоль/л і холестерину ліпопротеїнів низької щільності до 5,25 ммоль/л, що відповідало атерогенному типу дисліпідемії. Крім того, відзначено незначне підвищення рівня креатиніну (82,2 мкмоль/л), яке може бути пов'язане з віковими особливостями або початковими функціональними змінами нирок.

В аналізі сечі — мінімальні відхилення у вигляді помірної лейкоцитурії (3–6 клітин у полі зору), поодиноких незмінених еритроцитів (2–4 у полі зору) та наявності оксалатних кристалів у невеликій кількості, без ознак активного інфекційного процесу.

Загалом показники лабораторного дослідження свідчили про наявність помірно вираженого хронічного запального процесу на тлі супутніх метаболічних порушень без ознак гострої інфекції або системного аутоімунного ураження.

Імунологічне дослідження (імунограма)

За результатами імунологічного дослідження виявлено суттєві зміни як у клітинній, так і в гуморальній ланці імунної системи: помірний лейкоцитоз ($11,0 \cdot 10^9/\text{л}$) у поєднанні з вираженим абсолютним та відносним лімфоцитозом (48 %, 5280 клітин/мкл), що свідчило про активацію імунної відповіді.

Аналіз субпопуляцій лімфоцитів продемонстрував значне збільшення абсолютної кількості Т-лімфоцитів (CD3^+) до 2640 клітин/мкл та зниження їхньої відносної частки (50 %), що відображає дисбаланс у Т-клітинній ланці. Виявлено збільшення абсолютної кількості Т-хелперів (CD4^+) до 2851 клітини/мкл із показником, близьким до верхньої межі норми у відсотковому співвідношенні, а також збільшення абсолютної та відносної кількості Т-супресорів/цитотоксичних Т-лімфоцитів (CD8^+). Імунорегуляторний індекс $\text{CD4}/\text{CD8}$ становив 1,42, що загалом відповідає референтним значенням, однак на тлі абсолютної гіперпроліферації Т-клітин може

вказувати на функціональне напруження імунної регуляції.

Звертало на себе увагу різке збільшення кількості натуральних кілерів (CD16⁺) — до 1901 клітини/мкл (36%), що суттєво перевищувало вікову норму та могло відображати активацію вродженого імунітету, характерну для хронічних запальних або неопластичних процесів. Також зафіксовано збільшення абсолютної кількості В-лімфоцитів (CD22⁺) до 1267 клітин/мкл, що засвідчило залучення гуморальної ланки імунної відповіді.

У гуморальному імунітеті відзначено підвищення рівня імуноглобулінів класів А та G, зокрема IgG до (22 г/л), що перевищувало референтні значення та відповідало стану хронічної імунної стимуляції. Особливо значущим було виражене підвищення рівня IgE (462,4 МО/мл), що могло вказувати на алергійну або імунозапальну складову патологічного процесу.

Дослідження фагоцитарної системи нейтрофілів показало збережену фагоцитарну активність, однак зафіксовано підвищення адгезивної здатності нейтрофілів та різке зростання рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) до 315 од. оптичної щільності, що значно перевищувало норму і свідчило про імунокомплексне навантаження.

Загалом імунологічна картина характеризувалася поліклональною активацією клітинної та гуморальної ланок імунітету, напруженням імунорегуляторних механізмів і накопиченням ЦІК, що узгоджувалося з наявністю хронічного запального процесу неопластичного генезу.

Ультразвукове дослідження

З метою виключення регіонарного або віддаленого метастатичного поширення з урахуванням виявлених системних імунних змін було проведено ультразвукове дослідження, за даними якого патологічно змінених периферичних, заочеревинних та пахових лімфатичних вузлів не виявлено; лімфатичні вузли не були збільшені, їхня ехоструктура не мала ознак інфільтрації. Ознак метастатичного ураження також не виявлено. Органи черевної порожнини без вогнищевих утворень; печінка та селезінка не збільшені. Вільна рідина в черевній порожнині відсутня. Отже, підозру щодо регіонарного або віддаленого метастазування було відкинуто. Супутньо виявлено УЗ-ознаки хронічного панкреатиту та мікронефролітіазу обох нирок.

Консультація терапевта

З огляду на наявність супутньої соматичної патології та виявлені метаболічні порушення пацієнтку додатково проконсультував терапевт. За результатами огляду встановлено основний терапевтичний діагноз: ішемічна хвороба серця з

проявами дифузного кардіосклерозу, гіпертонічна хвороба III стадії, 2-го ступеня, високий серцево-судинний ризик, хронічна серцева недостатність I стадії, функціональний клас II, а також наслідки перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом у басейні правої задньої мозкової артерії. Супутньо відзначено гіперглікемію (6,80 ммоль/л).

Подальша тактика ведення

Після завершення комплексу клініко-лабораторних, імунологічних та інструментальних обстежень, з урахуванням морфологічної верифікації пухлинного процесу пацієнтку було скеровано на консультацію до хірурга-онколога. За результатами проведеного гістологічного дослідження встановлено діагноз: рак шкіри (базальноклітинна карцинома) правого плеча, T3N0M0, стадія III, клінічна група II.

З огляду на стадію захворювання, локалізацію новоутворення та наявність супутньої соматичної патології пацієнтку було направлено на консультацію до радіолога, який визначив, що в цьому клінічному випадку показане проведення променевої терапії на апараті близькофокусної рентгенотерапії.

Обговорення

У представленому клінічному випадку основну діагностичну складність становила диференційна діагностика бляшкового псоріазу та поверхневої базальноклітинної карциноми з псоріазоподібним клінічним виглядом. Порівняльні клінічні та дерматоскопічні ознаки цих нозологічних форм наведено в таблиці.

Базальноклітинна карцинома зазвичай має характерний клінічний вигляд, однак існують атипівні форми, які можуть імітувати запальні дерматози, зокрема псоріаз, екзему або хронічний дерматит.

Псоріазоподібна базальноклітинна карцинома є рідкісною клінічною формою, яка суттєво підвищує ризик діагностичних помилок та запізніле встановлення правильного діагнозу. У представленому клінічному випадку псоріазоподібне лущення та еритема маскували неопластичні структури, що могло призвести до тривалого симптоматичного лікування без виявлення належної онкологічної настороженості.

Вирішальну роль у встановленні правильного діагнозу відіграли результати дерматоскопічного дослідження, які дали можливість виявити характерні для базальноклітинної карциноми ознаки, зокрема арборизувальні та лінійно-розгалужені судини, молочно-рожеве тло, а також відсутність регулярного судинного патерну, що не є типовим для запальних дерматозів [1, 4, 5].

Таблиця. Клініко-дерматоскопічні відмінності між бляшковим псоріазом та псоріазоподібною базальноклітинною карциномою

Параметр	Псоріазоподібна базальноклітинна карцинома	Бляшковий псоріаз
Тло ураження	Рожево-червоне у центральній частині з поступовим переходом до більш блілого, відносно однорідного рожево-блілого по периферії	Переважно однорідне рожево-червоне або червоне по всій площі бляшки
Поверхневий дефект, кірки/кров	Часто наявні: центральні ерозії, серозно-геморагічні кірки, поодинокі геморагічні вclusions	Не є типовими; можливі точкові кровотечі лише після механічної травматизації або зняття лусочок
Лущення/гіперкератоз	Нерівномірно виражені; у центральній зоні гіперкератоз і лущення можуть маскувати судинний малюнок, по периферії – мінімальні або відсутні	Дифузне, відносно рівномірне біле або сріблясте лущення по всій поверхні бляшки
Морфологічний тип судин	Тонкі лінійні та лінійно-звивисті телеангіектазії різного калібру, місцями з тенденцією до розгалуження; у зоні ерозій візуалізація судин утруднена	Переважно пунктирні (dotted) капіляри, одноманітні, дрібні
Розташування та розподіл судин	Нерегулярний, асиметричний розподіл; судини краще візуалізуються по периферії ураження	Регулярний, рівномірний розподіл пунктирних судин по всій площі бляшки з вираженою симетричністю

Натомість класичний бляшковий псоріаз характеризується симетричними еритематозно-сквамозними бляшками з чіткими межами, переважною локалізацією на розгинальних поверхнях та характерною дерматоскопічною картиною у вигляді рівномірно розташованих пунктирних судин на світло-червоному тлі, вкритому білими або сріблястими лусочками [3].

Представлений клінічний випадок свідчить про те, що псоріазоподібна клінічна картина може маскувати злоякісний процес, тоді як дерматоскопічне дослідження є ключовим інструментом для достовірного розмежування неопластичних і запальних уражень шкіри.

Висновки

1. Псоріазоподібна базальноклітинна карцинома є рідкісним і клінічно підступним варіантом злоякісних новоутворень шкіри, здатним імітувати запальні дерматози та призводити до тривалого затримання встановлення правильного діагнозу.

2. Псоріазоподібні еритематозно-сквамозні ураження шкіри можуть маскувати неопластич-

ний процес, що зумовлює необхідність підтримання високого рівня онкологічної настороженості у пацієнтів з атипичним або терапевтично резистентним перебігом дерматозів.

3. Дерматоскопічне дослідження є ключовим неінвазивним методом, який дає змогу виявляти характерні ознаки базальноклітинної карциноми та забезпечує надійне розмежування неопластичних і запальних уражень шкіри вже на етапі первинного клінічного обстеження.

4. Остаточна верифікація діагнозу потребує морфологічного підтвердження, тоді як комплексна оцінка показників лабораторного, імунологічного та інструментального досліджень дає змогу визначити загальний стан пацієнта та виключити наявність регіонарного або віддаленого метастазування.

5. Міждисциплінарний підхід із залученням дерматолога, хірурга-онколога, радіолога та терапевта є необхідним для оптимального ведення пацієнтів з атипичними формами базальноклітинної карциноми та вибору адекватної лікувальної тактики.

Конфлікту інтересів немає.

Список літератури

1. Bazzacco G, Zalaudek I, Errichetti E. Dermoscopy to differentiate clinically similar inflammatory and neoplastic skin lesions. *Ital. J. Dermatol. Venerol.* 2024;159(2):135-145. doi: 10.23736/S2784-8671.24.07825-3.
2. Chlebicka I, Jastrzab B, Stefaniak A, et al. Giant superficial basal cell carcinoma diagnosed and treated as psoriasis: report of two cases and a literature review. *Acta Derm. Venereol.* 2020;100(13):adv00194. doi: 10.2340/00015555-3559.
3. Errichetti E. Dermoscopy of inflammatory dermatoses (inflammoscopy): an up-to-date overview. *Dermatol Pract Concept.* 2019;9(3):169-180. doi: 10.5826/dpc.0903a01.
4. Hanna C, Cook L, Foulke G, Seiverling EV. Scaly pink patches: differentiating psoriasis from basal cell carcinoma. *Cutis.* 2018;101(1):44-46. PMID: 29529103.
5. Karampinis E, Georgopoulou KE, Kampra E, et al. Clinical and dermoscopic patterns of basal cell carcinoma and its mimickers in skin of color: a practical summary. *Medicina (Kaunas).* 2024;60(9):1386. doi: 10.3390/medicina60091386.
6. Nanda R, Thuraisingam T. Management of a large basal cell carcinoma masquerading as psoriasis using Mohs and serial excisions. *SAGE Open Med Case Rep.* 2024;12:2050313X241304540. doi: 10.1177/2050313X241304540.
7. Puckett Y, Steele RB. Basal cell carcinoma. *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.*
8. Ramírez Mejía L, Ramírez Guzmán AL, Noveron Salgado DL, et al. Basal cell carcinoma: atypical presentation and literature review. *Int J Med Sci Clin Res. Stud.* 2022;2(11):1267-1269. doi: 10.47191/ijmscrs/v2-i11-19.

L.O. Kovtun^{1, 2}

¹Odesa National Medical University

²The Municipal Non-Profit Enterprise «Odesa Regional Clinical Antitumor Center» of the Odesa Regional Council

Psoriasiform basal cell carcinoma mimicking psoriasis: clinical, dermoscopic, and cytological correlation (clinical case)

Objective – to demonstrate the diagnostic significance of dermoscopy and cytological examination in a case of atypical clinical presentation of superficial basal cell carcinoma mimicking a psoriasiform skin lesion, and to emphasize the necessity of differential diagnosis between inflammatory dermatoses and neoplastic processes.

Materials and methods. The study was conducted in the format of a clinical case report. Clinical, dermoscopic, laboratory, immunological, ultrasonographic, and cytological data were analyzed in a female patient with a solitary psoriasiform skin lesion on the right shoulder persisting for approximately three years. The diagnostic workup included a standard dermatological examination, polarized digital dermoscopy, cytological examination for morphological verification, as well as comprehensive laboratory and instrumental investigations with interdisciplinary consultations.

Results and discussion. Clinically, the lesion was presented as a well-demarcated erythematous scaly plaque with central erosion, which for a long time had been regarded as an inflammatory dermatosis. Dermoscopic examination revealed atypical telangiectasias, an asymmetric vascular distribution, and the absence of the dotted vascular pattern characteristic of psoriasis. Cytological examination confirmed the presence of basaloid neoplastic cells, allowing the diagnosis of basal cell carcinoma of the skin, T3N0M0, stage III.

Conclusions. Psoriasiform basal cell carcinoma is a rare and diagnostically challenging form of skin cancer. Dermoscopy, as a key non-invasive method, enables early differentiation between neoplastic and inflammatory lesions, while definitive diagnosis is based on morphological confirmation. A comprehensive approach ensures timely diagnosis and optimal treatment selection.

Keywords: dermoscopy, basal cell carcinoma, psoriasis, neoplasms, dermatoses, differential diagnosis.

Стаття надійшла до редакції / *Received* 09.02.2026.

Стаття рекомендована до опублікування / *Accepted* 05.03.2026.

Стаття опублікована / *Published* 31.03.2026.

Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2026;1:53-59. doi: 10.30978/UJDVK2026-1-53.

Ukr J Dermatol, Venerol, Cosmetol. 2026;1:53-59. <http://doi.org/10.30978/UJDVK2026-1-53>.

Дані про автора / *Author's informations*

Ковтун Лариса Олександрівна, дерматовенеролог, доц., к. мед. н., доц. кафедри інфекційних хвороб з курсом дерматовенерології Одеського національного медичного університету
<https://orcid.org/0000-0002-6596-9221>
 E-mail: larysakovtun1972@gmail.com