

Клинический случай
УДК 616.21

СМЕШАННЫЙ МЕЛАНОЦИТАРНЫЙ НЕВУС НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА

И.И. Морозов^{1,2}

¹ ФКУЗ Главный клинический госпиталь МВД России, Москва

² Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», Москва

АННОТАЦИЯ

Меланоцитарный невус — одно из наиболее распространенных доброкачественных новообразований кожи, состоящее из клеток, представляющих собой прогрессивные стадии миграции и пролиферации меланоцитов, при этом локализация в наружном слуховом проходе является крайне редкой.

Пациент Н. 47 лет поступил с жалобами на наличие новообразования в области входа в правый наружный слуховой проход. При осмотре: в области входа в наружный слуховой проход по его передней стенке расположено плоское с мелкобугристой поверхностью образование, выступающее над поверхностью кожи до 2–3 мм, с четкими краями на 2/3 окружности и нечетким контуром на 1/3, размером 12x8 мм, бледно-розового цвета с неравномерными участками пигментации. В условиях операционной под контролем микроскопа образование удалено инструментально в пределах здоровых тканей, свободные лоскуты кожи уложены на раневую поверхность, укрыты силиконовыми полосками, наружный слуховой проход тампонирован гемостатической губкой. По данным гистологического исследования — в препарате смешанный меланоцитарный невус. Через 14 суток тампоны и силиконовые полоски удалены, лоскуты сохранились, раневая поверхность полностью эпителизирована. В течение 6 месяцев наблюдения рецидива новообразования и рубцовой деформации в области входа в наружный слуховой проход не отмечалось.

Представленный клинический случай плоского смешанного меланоцитарного невуса наружного слухового прохода — крайне редкая патология для данной локализации, которая потребовала хирургического лечения как из функциональных и эстетических показаний, так и с целью дифференциальной диагностики и исключения злокачественной трансформации.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: меланоцитарный невус, новообразования наружного слухового прохода, новообразование уха

КОРРЕСПОНДЕНЦИЯ: Морозов Иван Ильич, e-mail: ivmoro@mail.ru

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Морозов И.И. Смешанный меланоцитарный невус наружного слухового прохода // Вестник Медицинского института непрерывного образования. — 2024. — Т. 4. — №4. — С. 54–57. — DOI 10.36107/2782-1714_2024-4-4-54-57.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ: Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОСТУПНОСТИ ДАННЫХ: Данные текущего исследования можно получить по обоснованному запросу у корреспондирующего автора.

MIXED MELANOCYTIC NEVUS OF THE EXTERNAL AUDITORY CANAL

I.I. Morozov^{1,2}

¹ Main Clinical Hospital of the Ministry of Internal Affairs of Russia

² Medical Institute of Continuing Education, Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH), Moscow, Russia

ABSTRACT

Melanocytic nevus is one of the most common benign skin neoplasms, consisting of cells representing progressive stages of migration and proliferation of melanocytes, while localization in the external auditory canal is extremely rare.

Patient N. (47 years old) was admitted with complaints of a neoplasm at the entrance to the right external auditory canal. The examination revealed that in the area of the entrance to the external auditory canal along its anterior wall there is a flat formation with a finely lumpy surface, protruding above the skin surface up to 2–3 mm, with clear edges on 2/3 of the circumference and an indistinct contour on 1/3, measuring 12x8 mm in size, pale pink in color with uneven areas of pigmentation. In the operating room under the microscope control, the mass was removed instrumentally within healthy tissues, free skin flaps were placed on the wound surface, covered with silicone strips, and the external auditory canal was tamponed with a hemostatic sponge. According to the histological examination, the specimen contained a mixed melanocytic nevus. After 14 days, the tampons and silicone strips were removed, the flaps were intact, and the wound surface was completely epithelialized. During 6 months of observation, there was no recurrence of the tumor or scar deformation at the entrance to the external auditory canal.

The presented clinical case of flat mixed melanocytic nevus of the external auditory canal is an extremely rare pathology for this localization, which required surgical treatment both for functional and aesthetic reasons, and for the purpose of differential diagnosis and exclusion of malignant transformation.

KEYWORDS: melanocytic nevus, tumors of the external auditory canal, ear tumors

CORRESPONDENCE: Ivan I. Morozov, e-mail: ivmoro@mail.ru

FOR CITATIONS: Morozov I.I. Mixed Melanocytic Nevus of the External Auditory Canal// Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education — 2024. — V. 4. — No. 4. — P. 54–57. — DOI 10.36107/2782-1714_2024-4-4-54-57.

FUNDING SOURCE: The authors state that there is no funding for the study.

DECLARATION OF COMPETING INTEREST: The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

DATA AVAILABILITY STATEMENT: Data from the current study are available on reasonable request from the corresponding author.

ВВЕДЕНИЕ

Меланоцитарный невус — одно из наиболее распространенных доброкачественных новообразований кожи, которое представляет собой хорошо очерченное образование кожи или слизистой оболочки, состоящее из клеток, представляющих собой прогрессивные стадии миграции и пролиферации меланоцитов [1]. К общим особенностям меланоцитарного невуса относятся: однородная поверхность и окраска, округлая и овальная форма, относительно четкие границы [1, 2]. В зависимости от времени появления меланоцитарные невусы подразделяют на приобретенные и врожденные. Врожденный меланоцитарный невус диагностируют у 1–3 % младенцев [3], в большинстве случаев невусы являются приобретенными и начинают появляться в детстве и в период полового созревания с пиком на четвертом десятилетии жизни [4]. Распространенность приобретенного невуса связана с генетической предрасположенностью и факторами окружающей среды, в особенности с чрезмерным воздействием солнечного света. Соотношение мужчин и женщин у пациентов с невусами наружного слухового прохода по данным литературы составляет 3:5, а у пациентов с невусами ушной раковины — 1:3 [5, 6].

Меланоцитарный невус может быть обнаружен во всех областях человеческого тела, при этом наружный слуховой проход и ушная раковина считаются крайне редкой локализацией. Так, в русскоязычной литературе наиболее крупная серия включала всего 22 клинических случая, в иностранной — 35 случаев (из них 23 случая локализации в наружном слуховом проходе, 12 — на ушной раковине) [2, 5].

С функциональной точки зрения невус наружного слухового прохода может вызывать кондуктивную тугоухость из-за обструкции слухового прохода, или приводить к рецидивирующим наружным отитам, однако наиболее распространенной жалобой пациентов является наличие пальпируемого образования в наружном слуховом проходе [5, 6].

В большинстве случаев полное иссечение рекомендуется сразу после диагностики врожденного невуса из-за возможности его злокачественной трансформации, особенно при невусах крупных размеров [3, 4]. У большинства приобретенных меланоцитарных невусов не было доказано определенного злокачественного потенциала, таким образом, хирургическое лечение этих невусов не является обязательным, особенно при отсутствии клинических проявлений. При наличии показаний к операции проводится полное удаление новообразования в пределах здоровых тканей [5, 6]. Fraser сообщил о технике иссечения невуса с использованием подлежащего трансплантата височной фасции через эндауральный разрез, что привело к сокращению площади раневой поверхности, меньшему образованию грануляционной ткани и лучшему заживлению раны [7]. С этой же целью могут быть использованы свободные лоскуты кожи. При невусах, охватывающих более половины окружности наружного слухового прохода, для профи-

лактики послеоперационного стеноза и рубцовой облитерации необходима меатопластика [8]. По данным литературы вероятность рецидива крайне низкая, описаны единичные случаи рецидивирующих поражений (псевдомеланомы), которые клинически и патологоанатомически напоминают злокачественную меланому *in situ*, независимо от исходной патологии [9].

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

В оториноларингологическое отделение ФКУЗ «ГКГ МВД России» поступил пациент Н. 47 лет с жалобами на наличие новообразования в области входа в правый наружный слуховой проход. Из анамнеза известно, что наличие данного образования отмечает в течение трех лет. Обращался к онкологу по месту жительства, выполнялась биопсия новообразования, гистологическое заключение: меланоформный невус кожи наружного слухового прохода. Учитывая отсутствие клинических проявлений, от хирургического лечения отказался. В последние 3 месяца до госпитализации отмечал увеличение размеров невуса, в связи с чем госпитализирован для удаления новообразования. При осмотре: в области входа в наружный слуховой проход по его передней стенке расположено плоское с мелкобугристой поверхностью образование, выступающее над поверхностью кожи до 2–3 мм, с четкими краями на 2/3 окружности и нечетким контуром на 1/3, размером 12х8 мм, бледно-розового цвета с неравномерными участками пигментации (рис. 1).

В условиях операционной под контролем микроскопа образование удалено инструментально в пределах здоровых тканей (рис. 2).

С учетом локализации образования и размера раневой поверхности (рис. 3А) принято решение о заборе кожи при помощи дерматомы с поверхности плеча. Свободные лоскуты кожи уложены на раневую поверхность (рис. 3В), укрыты силиконовыми полосками, наружный слуховой проход тампонируется гемостатической губкой. Через 14 суток тампоны и силиконовые

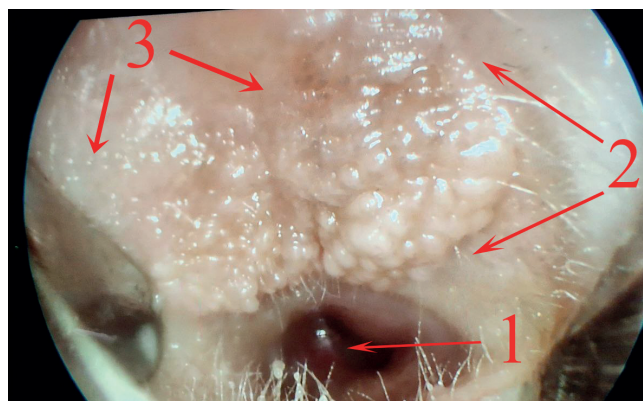


Рис. 1. Вид новообразования наружного слухового прохода до операции. 1 — барабанная перепонка; 2 — четкие границы новообразования; 3 — нечеткие границы новообразования.

полоски удалены, лоскуты состоятельны, раневая поверхность полностью эпителизирована (рис. 3С).

По данным гистологического исследования в препарате — смешанный меланоцитарный невус (рис. 4).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В течение 6 месяцев наблюдения после операции рецидива новообразования и рубцовой деформации в области входа в наружный слуховой проход не отмечалось, свободные лоскуты кожи полностью прижились.

ОБСУЖДЕНИЕ

Меланоцитарный невус — это доброкачественное новообразование, состоящее из гнезд меланоцитарных клеток, расположенных в эпидермисе, дерме и, реже, в подкожной клетчатке. Гистологически невусы в зависимости от расположения скоплений меланоцитарных клеток подразделяются на эпидермальные, внутридермальные и смешанные. В целом более светлые пигменты наблюдаются в невусах приподнятой формы, тогда как более темные пигменты обычно выявляются в невусах плоской формы. Таким образом, более темная пигментация наблюдается в эпидермальных невусах, а пятна от светло-коричневого до черного цвета появляются в более приподнятых смешанных невусах [10]

Клинические проявления невуса наружного слухового прохода и ушной раковины невыраженные, и редко

снижают качество жизни пациентов. Наибольшую опасность представляет возможность развития диспластических изменений в невусе. Такие процессы могут активироваться на фоне регулярной механической травмы, что нередко происходит по время самостоятельного туалета наружного слухового прохода, который дополнительно сужен за счет меланоцитарного невуса [5, 6, 9]. Клиническими признаками диспластического невуса является быстрый рост (более 6 мм) с формированием неровных и нечетких краев, усиление пигментации [9]. Такие невусы требуют дифференциальной диагностики со злокачественной меланомой. Так как пятилетняя выживаемость при меланоме в зависимости от локализации составляет 78 % для лица, 58 % для шеи и 33 % для уха — пациентам с диспластическими невусами показана срочная биопсия новообразования с целью верификации диагноза [11, 12]. Дифференциальный диагноз приобретенных невусов также включает пигментные пятна, себорейный кератоз, дерматофибром, церуминому, папиллому.

В настоящее время нет консенсуса относительно необходимости обязательного хирургического лечения приобретенных аурикулярных невусов, однако из-за агрессивности течения меланомы и сложности дифференциальной диагностики в лечении данной патологии рекомендуется придерживаться активной хирургической тактики [2, 5–10].



Рис. 2. Макропрепарат.

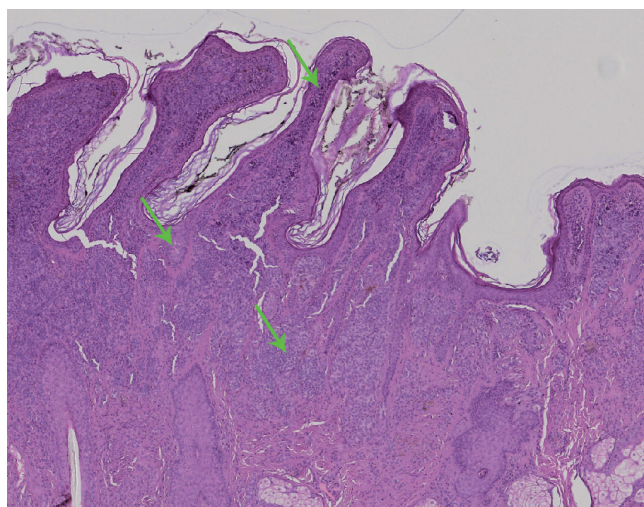


Рис. 4. Микропрепарат. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение 50х. Стрелками указаны скопления монотипных невусных клеток с темными ядрами, формирующие гнезда и розетки.



Рис. 3. Этапы операции и конечный результат. 1 — барабанная перепонка; «пунктир» — граница раневой поверхности; А — вид раны после удаления новообразования; В — раневая поверхность закрыта свободными лоскутами кожи; С — вид наружного слухового прохода через 14 суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай плоского смешанного меланоцитарного невуса наружного слухового прохода — крайне редкая патология для данной

локализации, которая потребовала хирургического лечения как из функциональных и эстетических показаний, так и с целью дифференциальной диагностики и исключения злокачественной трансформации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оториноларингология : национальное руководство / под ред. В. Т. Пальчуна. — 2-е изд., перераб. и доп. // М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 1024 с.
2. Чернолев А. И. и др. Диагностические и клинические особенности новообразований наружного уха // Эффективная фармакотерапия. — 2017. — №. 14. — С. 20–22.
3. Pope D. J. et al. Benign pigmented nevi in children: prevalence and associated factors: the West Midlands, United Kingdom Mole Study // Archives of dermatology. — 1992. — Т. 128. — №. 9. — С. 1201–1206. doi: 10.1001/archderm.128.9.1201.
4. Harrison S. L., MacKie R. M., MacLennan R. Development of melanocytic nevi in the first three years of life // Journal of the National Cancer Institute. — 2000. — Т. 92. — №. 17. — С. 1436–1438. doi: 10.1093/jnci/92.17.1436.
5. Kim Y. H. Clinical characteristics of intradermal nevus in the external auditory canal // Medicine. — 2024. — Т. 103. — №. 3. — С. e36765. doi: 10.1097/MD.00000000000036765.
6. Lim H. J. et al. Clinical and histological characteristics of melanocytic nevus in external auditory canals and auricles // European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. — 2013. — Т. 270. — С. 3035–3042. doi: 10.1007/s00405-013-2368-5.
7. Fraser L., Smith W. K. Excisional technique for intradermal nevi of the external auditory canal // Journal of Otolaryngology — Head & Neck Surgery. — 2009. — Т. 38. — №. 4. — С. 501–503.
8. Langrock M. L., Hohenleutner U. Kongenitaler Nävuszellnävus am linken Ohr: Teilresektion des Ohrläppchens und Vollhautdeckung // JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. — 2009. — Т. 7. — №. 5. — С. 472–473. doi: 10.1111/j.1610-0387.2009.07052.x.
9. Sexton M., Sexton C. W. Recurrent pigmented melanocytic nevus. A benign lesion, not to be mistaken for malignant melanoma // Archives of pathology & laboratory medicine. — 1991. — Т. 115. — №. 2. — С. 122–126.
10. Титов К.С., Потекаев Н.Н., Раводин Р.А., Лищук И.А., Шутова Е.С. Методы биопсии меланоопасных невусов и меланомы кожи. Показания. Диагностическая ценность и правовые аспекты // Клиническая дерматология и венерология. — 2024. — Т. 23. — № 2. — С. 194–198.
11. Cohen B. J., Melisi J., Cohen M. H. Ear preservation in the surgical treatment of auricular melanoma // Head & neck. — 1990. — Т. 12. — №. 4. — С. 346–351. doi: 10.1002/hed.2880120413.
12. Wanebo H. J. et al. Prognostic factors in head and neck melanoma. Effect of lesion location // Cancer. — 1988. — Т. 62. — №. 4. — С. 831–837. doi:10.1002/1097-0142(19880815)62:4<831::aid-cnrcr2820620432>3.0.co;2-x.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Морозов Иван Ильич — к.м.н., доцент, начальник оториноларингологического отделения ФКУЗ ГКГ МВД России, кафедра оториноларингологии МИНО ФГБУ ВО «РОСБИОТЕХ». <http://orcid.org/0000-0002-7178-2594>, SPIN-код: 9170-4453, AuthorID: 927541

АВТОРСКИЙ ВКЛАД

Морозов И.И — концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, статистическая обработка данных, написание текста, редактирование.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПУБЛИКАЦИЮ: авторы получили письменное согласие пациентов на публикацию медицинских данных и фотографий.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ: проведенное исследование соответствует стандартам Хельсинкской декларации (Declaration Helsinki), соответствие протокола исследования этическим принципам было подтверждено Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ» (Москва, Волоколамское шоссе, дом 11, Москва, Россия), протокол № 3-3 от 05.09.2024 г.

ПОСТУПИЛА: 15.06.2024
ПРИНЯТА ПОСЛЕ РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ: 07.08.2024
ОПУБЛИКОВАНА: 17.12.2024