

УДК 616.53–006.55
EDN: MJTMBA
<https://doi.org/10.15275/ssmj2101057>

Клинический случай

НЕВУС ЯДАССОНА: РЕДКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ (КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ)

А. В. Платонова¹, И. Г. Пономаренко², Я. А. Рассказов³, С. Л. Кашутин⁴, Н. Л. Шапчиц⁴

¹ООО «Мой медицинский центр», Санкт-Петербург, Россия

²ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия

³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

⁴ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск, Россия

NEVUS SEBACEUS OF JADASSOHN: RARE VARIANTS OF PROGRESSION, DIAGNOSTIC FEATURES, AND THERAPEUTIC APPROACHES (CLINICAL CASES)

A. V. Platonova¹, I. G. Ponomarenko², J. A. Rasskazov³, S. L. Kashutin⁴, N. L. Shapchits⁴

¹My Medical Center, Saint-Petersburg, Russia

²S. M. Kirov Military Medical Academy, Saint-Petersburg, Russia

³V. A. Almazov National Medical Research Center, Saint-Petersburg, Russia

⁴Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

Для цитирования: Платонова А. В., Пономаренко И. Г., Рассказов Я. А., Кашутин С. Л., Шапчиц Н. Л. Невус Ядассона: редкие варианты течения, особенности диагностики и подходы к терапии (клинические случаи). Саратовский научно-медицинский журнал. 2025; 21 (1): 57–61. EDN: MJTMBA. <https://doi.org/10.15275/ssmj2101057>

Аннотация. Невус сальных желез Ядассона — врожденная гамартома, представляющая интерес для дерматологов возможностью добро- и злокачественного перерождения в течение жизни пациента. В статье описаны редкие проявления невуса: случай краниального невуса с поздним его дебютом во взрослом возрасте, внекраниального невуса с большой площадью распространения, клиническое и дерматоскопическое описание запущенного малигнизированного краниального невуса. Дано подробное описание стадийности течения невуса, его дерматоскопические и патоморфологические характеристики, подходы к терапии.

Ключевые слова: невус сальных желез, невус Ядассона, дерматоскопия, малигнизация

For citation: Platonova AV, Ponomarenko IG, Rasskazov JA, Kashutin SL, Shapchits NL. Nevus sebaceus of Jadassohn: rare variants of progression, diagnostic features, and therapeutic approaches (Clinical cases). *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2025; 21 (1): 57–61. (In Russ.) EDN: MJTMBA. <https://doi.org/10.15275/ssmj2101057>

Abstract. Nevus of the sebaceous glands of Jadassohn is a congenital hamartoma, which is of interest to dermatologists with the possibility of benign and malignant degeneration during the patient's life. The article describes rare manifestations of nevus: a case of a cranial nevus with a late onset in adulthood, an extracranial nevus with a large area of distribution, a clinical and dermoscopic description of an advanced malignant cranial nevus. A detailed description of the stages of the course of the nevus, its dermoscopic and pathomorphological characteristics, and approaches to therapy are also given.

Keywords: nevus sebaceus, Jadassohn's nevus, dermatoscopy, malignization

Введение. Невус сальных желез (синонимы: сальный невус, невус Ядассона, пилосирингосебацитарный невус, себорейный невус) впервые был описан немецким дерматологом Йозефом Ядассоном в 1895 г. и является редкой врожденной гамартомой, развивающейся из эпителиальных, сальных, фолликулярных и апокринных единиц кожи [1–3]. Встречаемость невуса у новорожденных детей колеблется от 0,1 до 0,3%, не зависит от пола и этнического

происхождения [1, 4]. У 62,5% пациентов формируются очаги на волосистой части головы, у 24,5% — на других участках головы, у 4,7% — на туловище, у 4,2% — на шее [5]. В случае внекраниальной локализации невус обычно располагается в соответствии с ориентацией по линиям Блашко [1, 2].

Себорейный невус наследуется преимущественно по аутосомно-доминантному типу, реже — в результате мозаицизма генов [6, 7]. В последних исследованиях описана ассоциация с постзиготной соматической мутацией, связанной с генами *KRAS* (хромосомой 12p12), *NRAS* (хромосомой 1p13) и *HRAS* (хромосомой 11p15) [8–10]. Мутации в этих

Ответственный автор — Анна Вячеславовна Платонова
Corresponding author — Anna V. Platonova
E-mail: platonova1105@gmail.com

генах приводят к увеличению пролиферации эпителиальных клеток и развитию вторичной добро- и злокачественной неоплазии, синдрома Мьюира — Торре (описанного E. Muir и соавт. в 1967 г. и D. Torre в 1968 г.), характеризующегося наличием как новообразований сальных желез, так и висцеральных злокачественных новообразований, а также синдрома Шиммельпеннинга — Фейерштейна — Мимса [7]. При этом последний представляет собой мультисистемное заболевание, называемое также синдромом линейного невуса [2, 9], включающим поражение органов зрения и слуха, вовлечение нервной, сердечно-сосудистой, мышечной, мочеполовой систем, а также связочно-суставного аппарата [11, 12]. Наиболее часто синдром Шиммельпеннинга — Фейерштейна — Мимса подразумевает наличие таких заболеваний, как гипофосфатемический рахит, умственная отсталость и другие когнитивные нарушения, колобома и косоглазие [12].

Длительно существующие невусы [13–20] в 10–20% случаев способны перерождаться в другие доброкачественные новообразования, такие как аденома сальных желез, пигментная эккринная порома, сириггиома, себорейная эпителиома, сириггиоцистаденома, трихобластома и трихолеммома, а также во вторичные злокачественные новообразования [4, 10]. На долю злокачественных образований приходится примерно 3% случаев. Наиболее часто развиваются базальноклеточная карцинома (1,1%) [20] и плоскоклеточная карцинома (0,57%), крайне редко — карцинома сальных и апокринных желез, микрокистозная карцинома [12]. Кроме того, существование невуса сальных желез может быть ассоциировано с формированием коллизионных опухолей кожи внутри новообразования, например меланомы [19].

Клиническая манифестация невуса подразделяется на три стадии [11, 18]. Так, I стадия начинается после рождения и длится все детство. В это время выявляются округлые высыпания в виде небольших точечных папул, практически лишенных волос, цвета кожи или нежно-желтого, желтовато-розового и коричневого оттенков. Патоморфологически на ранней стадии наблюдают акантоз, гипоплазию сальных желез и волосяных фолликулов с поражением протоков эккринных и апокринных потовых желез [6, 7, 13–15].

Во время пубертата развивается II стадия, характеризующаяся формированием более крупных папул и бляшек, полностью лишенных волос. В ходе исследований были обнаружены андрогенные рецепторы в себорейных невусах [3]. Благодаря их активности во II стадию высыпания становятся более интенсивно окрашенными, развивается акантоз

с папилломатозом, гиперплазия сальных желез, эктопия апокринных желез и клеток, гиперплазия эккринных желез [16].

На III стадии во взрослом возрасте возрастает риск развития вторичной неоплазии имеющихся образований [8, 16]. С целью раннего выявления малигнизации невусов применяют видеодерматоскопию и ультразвуковой метод визуализации [16, 17]. Дерматоскопические паттерны зависят от стадии течения. Первично выявляются желтоватые или коричневатые глобулы, собранные в кластеры на общем бесструктурном желтоватом и беловатом фоне; в стадию бородавчатых бляшек они приобретают беловато-желтый дольчатый вид или сероватый папиллярный вид на желто-беловатом однородном фоне [17].

Цель — представить редкие клинические случаи невуса Ядассона, обсудить дерматоскопические и патоморфологические критерии подтверждения диагноза, подходы к терапии.

От всех пациентов получены письменные согласия на публикацию материалов.

Описание клинических случаев. Клинические случаи краниальной локализации новообразования. Пациент М. 22 лет: дебют высыпаний — в 20-летнем возрасте. Обращался к нескольким дерматологам, диагноз долго не был поставлен, проводилось пробное лечение топическими глюкокортикоидами более 6 мес назад — без эффекта. При обращении в нашу клинику — процесс поражения кожи носит ограниченный характер с локализацией в правой скуловой области. Представлен сгруппированными милиарными папулами розовато-желтоватого цвета, расположенными линейно, очаг поражения размером 25×80 мм (рис. 1, а).

При дерматоскопическом осмотре выявлены множественные желтые и оранжевые точки на фоне светло-желтой и розовой бесструктурных областей (рис. 1, б). Пациент был направлен на гистологическое исследование с предварительным диагнозом невуса Ядассона. Выявлены акантоз, папилломатоз, гиперплазия сальных желез, редукция и эктопия апокринных желез, гиперплазия эккринных желез, предварительный диагноз подтвержден.

В связи с локализацией на лице, нежеланием пациента радикально удалять образование, рекомендовано динамическое наблюдение, фотодокументация, видеодерматоскопия не реже 1 раза в 6 мес.

На рис. 1 (в) представлен подобный по клиническим проявлениям невус сальных желез. Однако в данном случае он развивался классически, дебютировал в 8–9-летнем возрасте. Проявлялся

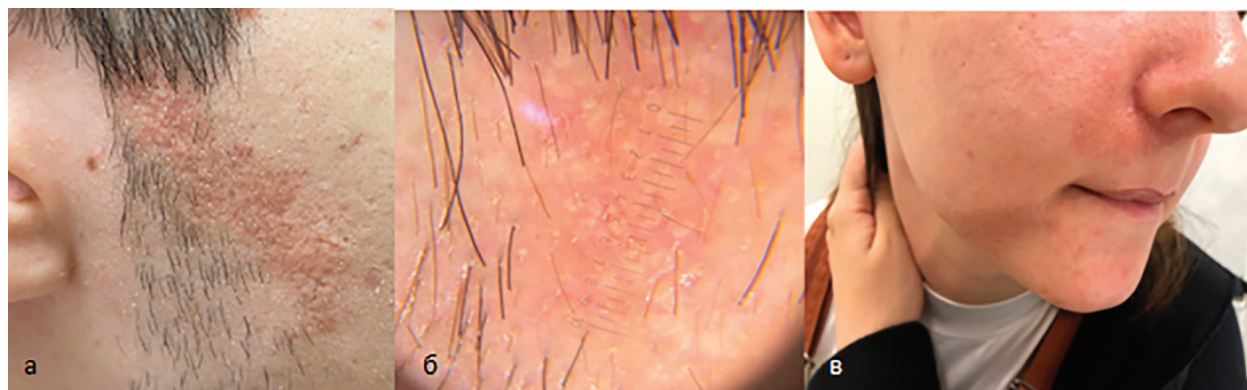


Рис. 1. Папулы желтовато-розового цвета (а — в)



Рис. 2. Линейно расположенные сгруппированные папулы (а, б)

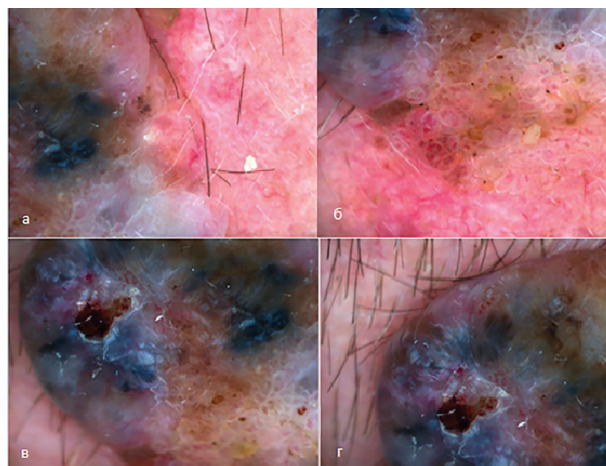


Рис. 3. Дерматоскопическое изображение образования: бело-голубая вуаль, атипичная сосудистая сеть, асимметричные пигментные точки и глобулы (а, б), папула фиолетово-коричневого цвета с эрозивным дефектом (в, г)

одиночной папулой желтовато-розоватого цвета в области подбородка. Активно увеличивался в размерах в пубертатном возрасте (11–12 лет), в настоящее время пациентке 24 года, образование стабильно, от удаления отказывается, находится под динамическим наблюдением.

Цель демонстрации этих клинических случаев — напомнить практикующим дерматологам, что невус Ядассона иногда может развиваться во взрослом возрасте, но при этом выглядит классически, и клиническая постановка диагноза в совокупности с данными дерматоскопии не должна вызывать затруднений. Тем не менее рекомендовано проведение гистологического исследования всем пациентам с подозрением на невус сальных желез вне зависимости от возраста дебюта.

Клинический случай внекраниальной локализации новообразования. Пациентка Н. 11 лет: дебют высыпаний — в 2-летнем возрасте (рис. 2). Процесс начинался с появления нескольких папул в области правой ягодицы, в течение года распространился на всю заднебоковую поверхность правого бедра, верхнюю треть голени, с тех пор рост незначительный. Пациентка обследована, соматически здорова, находится под динамическим наблюдением.

В настоящее время патологический процесс представлен сгруппированными беловато-желтоватыми милиарными папулами, расположенными по заднебоковой поверхности правой ягодицы, бедра и голени, ориентирован по линии Блашко.

Встречаемость подобных невусов внекраниальной локализации не превышает 5% по популяции, случай демонстрируется как редкая клиническая форма образования.

Клинический случай озлокачествления новообразования. Пациент М. 56 лет: невус существовал в области волосистой части головы с детского возраста, не беспокоил, иногда травмировался во время стрижки и расчесывания. К дерматологу ранее пациент никогда по поводу образования не обращался; впоследствии в связи с изменением цвета, кровоточивостью, которые заметила супруга больного, был консультирован (рис. 3).

На момент осмотра патологический процесс представлен папулой фиолетово-коричневого цвета, размером 10×15 мм, расположенной на фоне бляшки желтоватого цвета, преимущественно округлой

формы диаметром 40 мм. На поверхности папулы имеется единичный эрозивный дефект округлой формы диаметром 3 мм. При дерматоскопическом осмотре определяются бело-голубая вуаль, атипичная сосудистая сеть, асимметричные пигментные точки и глобулы.

Пациент направлен к врачу-онкологу с целью радикального иссечения невуса.

Случай демонстрируется с целью напомнить практикующим врачам важность осмотра всех кожных покровов пациентов для своевременного выявления новообразований кожи и определения тактики их ведения.

Обсуждение. Невус сальных желез, как правило, существует с периода новорожденности, и постановка диагноза в этом случае не вызывает затруднений. Особенностью клинического примера на рис. 1 (а, б) является дебют невуса во взрослом возрасте, что характерно менее чем для 10% всех сальных невусов [1, 13]. В практике авторов встречаемость невуса Ядассона с первыми проявлениями во взрослом возрасте ниже, чем описанная по данным литературы, на такие образования приходится примерно 2–3% пациентов от всех обращений по поводу данного вида образования.

Выявление невуса в раннем возрасте требует углубленного обследования пациентов для исключения синдрома Шиммельпеннинга — Фейерштейна — Мимса. При дебюте во взрослом возрасте, когда соматический статус пациента уже определен, или при схожем с другими врожденными эктопиями кожном процессе важно проведение гистологического исследования с целью подтверждения диагноза и определения дальнейшей тактики его ведения в условиях наличия рисков добро- и злокачественной неоплазии. Период наблюдения за пациентами из клинических примеров (см. рис. 1) составляет приблизительно 1,5 года. За это время не отмечено какой-либо клинической и дерматоскопической динамики невусов.

Выявление крупных образований в детском возрасте (см. рис. 2) является показанием для динамического наблюдения за такими больными, сроки и возможность иссечения образования определяются с учетом особенностей клинической картины и динамики изменения образований с ростом ребенка. Динамическое наблюдение за девочкой

осуществляется в течение 3 лет, образование клинически и дерматоскопически стабильно. Родители ориентированы провести хирургическое удаление образования в несколько этапов в ближайший год.

Отсутствие надлежащего наблюдения за невусом (см. рис. 3), локализация в области волосистой части головы, затрудняющая самостоятельный осмотр, а также способствующая повышенному риску травматизации, может приводить к малигнизации невусов, что ухудшает общий прогноз по качеству жизни.

В случае иссечения новообразования классически гистологическая картина невуса Ядассона представляет собой папилломатоз и гиперкератоз, выраженную гиперплазию салльных желез с отсутствием волосных фолликулов, присутствие апокринных желез. Морфология и распределение салльных желез при этом аномальны, они локализируются высоко в дерме, их протоки непосредственно сообщаются с поверхностью эпидермиса. В ряде случаев проводятся специальные окрашивания срезов. Так, экспрессия антигена эпителиальной мембраны (ЕМА) в цитоплазме характерна для 100% случаев. Выявление экспрессии цитокератина 7 (СК) и рецептора андрогена (AR) не является специфичным признаком, может быть характерно и для других опухолей придатков кожи. Более специфичным является обнаружение адипофилина и фактора XIIIa (клона AC-1A1). Применение специальных методов окрашивания перспективно в плане диагностики синдрома Мьюира — Торре с целью выявления клинически недиагностированных микросателлитных нестабильностей, выявления висцеральных новообразований, прежде всего толстой кишки.

Превентивное иссечение невусов не противопоказано, но мнения об оптимальных для удаления сроках противоречивы: часть авторов рекомендуют проведение удаления до пубертата, а часть — после такового периода [8, 14]. Необходимость иссечения себорейных невусов в профилактических целях до сих пор является дискуссионным вопросом [14, 15]. Эталонным способом удаления данных невусов в настоящее время признаны физические методы деструкции, такие как криодеструкция, радиохрургическое лечение, высокоинтенсивная лазеротерапия: деструкция аргоновым и углекислотным (CO₂) лазерами [20]. Они дают наиболее предсказуемый и стабильный результат. Однако при большой площади поражения одномоментное радикальное иссечение невуса таким способом затруднительно, чаще проводится в несколько этапов, что повышает риски развития осложнений, прежде всего рубцевания. В научном сообществе рассматривается вопрос применения трихлоруксусной кислоты с целью удаления этих невусов, а также ароматических ретиноидов (изотретиноина) в качестве кератолитического и обладающего угнетающим действием на салльные железы агента, но они имеют низкий уровень доказательности [20].

Заключение. Невус Ядассона является редкой, но сложной в плане прогноза гамартомой, дебют заболевания возможен не только в детском возрасте, что требует особой внимательности от практикующих врачей на приеме. При выявлении данного образования важно проведение регулярного динамического наблюдения, а также своевременного радикального иссечения в пределах здоровых тканей в случае обнаружения признаков малигнизации.

Вклад авторов. Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов, связанного с публикацией данной статьи.

References (Список источников)

1. Baigrie D, Troxell T, Cook C. Nevus sebaceus. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022. PMID:29494100
2. Dwiyan R, Hazari MN, Diana IA, et al. Schimmelpenning syndrome with large nevus sebaceous and multiple epidermal nevi. *Case Rep Dermatol.* 2020;12 (3):186–91. DOI:10.1159/000509992
3. Liu Y, Valdebran M, Chen J, et al. Nevus sebaceous of Jadassohn with eight secondary tumors of follicular, sebaceous, and sweat gland differentiation. *Am J Dermatopathol.* 2016;38 (11):861–6. DOI:10.1097/DAD.0000000000000603
4. Basu P, Erickson CP, Calame A, Cohen PR. Nevus sebaceous with syringocystadenoma papilliferum, prurigo nodularis, apocrine cystadenoma, basaloid follicular proliferation, and sebaceoma: Case report and review of nevus sebaceous-associated conditions. *Dermatol Online J.* 2020;26 (2):13030/qt85k968bk. DOI:10.5070/D3262047411
5. Watson IT, DeCrescenzo A, Paek SY. Basal cell carcinoma within nevus sebaceous of the trunk. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2019;32 (3):392–3. DOI:10.1080/08998280.2019.1605776
6. Elkin V, Mitrukovsky L, Sedova T. Particular dermatology. Part 1. Tumors, tumor-like formations and malformations of the epidermis and skin appendages. Perm: Perm publishing house LLC, 2017; p. 744.
7. Ol'shanskaya AS, Dyuzhakova AV, Shnayder NA, et al. Schimmelpenning — Feuerstein — Mims syndrome (a case report). *Russian Journal of Child Neurology.* 2017;12 (4):50–5. (In Russ.) Ольшанская А. С., Дюжакова А. В., Шнайдер Н. А. и др. Синдром Шиммельпеннинга — Фейерштейна — Мимса (описание клинического случая). *Русский журнал детской неврологии.* 2017;12 (4):50–5. DOI:10.17650/2073-8803-2017-12-4-50-55
8. Lihua J, Feng G, Shanshan M, et al. Somatic KRAS mutation in an infant with linear nevus sebaceous syndrome associated with lymphatic malformations: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore).* 2017;96 (47):e8016. DOI:10.1097/MD.00000000000008016
9. Hsu CK, Saito R, Nanda A, et al. Systematised naevus sebaceous resulting from post-zygotic mutation in HRAS. *Australas J Dermatol.* 2017;58 (1):58–60. DOI:10.1111/ajd.12399
10. Hsu MC, Liao JY, Hong JL, et al. Secondary neoplasms arising from nevus sebaceous: A retrospective study of 450 cases in Taiwan. *J Dermatol.* 2016;43 (2):175–80. DOI:10.1111/1346-8138.13070
11. Robinson AJ, Brown AP. Malignant melanoma arising in sebaceous naevus (of Jadassohn): A case report. *J Plast Surg Hand Surg.* 2016;50 (4):249–50. DOI:10.3109/2000656X.2016.1147741
12. Mitchell BJ, Rogers GF, Wood BC. A patient with Schimmelpenning syndrome and mosaic KRAS mutation. *J Craniofac Surg.* 2019;30:184–5. DOI:10.1097/SCS.0000000000000487
13. Minaicheva LI, Nazarenko LP, Puzyreva OA. Rare hereditary syndromes in a physician's practice: The group of epidermal nevus syndromes. *Questions of Practical Pediatrics.* 2012;7 (5):70–2. (In Russ.) Минайчева Л. И., Назаренко Л. П., Пузырева О. А. Редкие наследственные синдромы в практике врача: группа синдромов эпидермального невуса. *Вопросы практической педиатрии.* 2012;7 (5):70–2.
14. Gaydina T, Dvornikov A, Skripkina P, Arutyunyan G. Rationale for removing nevus sebaceous of Jadassohn in young patients. *Bulletin of RSMU.* 2018;3:80–3. DOI:10.24075/brsmu.2018.033
15. Molochkov VA, Mardi Sh. To the development of basal cell carcinoma on the background of nevus of the sebaceous glands of Jadassohn. *Almanac of Clinical Medicine.* 2007;15:232–5. (In Russ.) Молочков В. А., Марди Ш. К развитию базалиомы на фоне невуса салльных желез Ядассона. *Альманах клинической медицины.* 2007;15:232–5.
16. Bezugly A, Sedova T, Belkov P, et al. Nevus sebaceous of Jadassohn — high frequency ultrasound imaging and videodermoscopy examination. Case presentation. *Med Pharm Rep.* 2021;94 (1):112–7. DOI:10.15386/mpr-1658
17. Kelati A, Baybay H, Gallouj S, Mernissi FZ. Dermoscopic analysis of nevus sebaceous of Jadassohn: A study

of 13 cases. *Skin Appendage Disord.* 2017;3 (2):83–91. DOI:10.1159/000460258

18. Ravodin RA, Galkin VN, Potekaev NN, Novozhilova OL. Sebaceous nevus of Jadassohn associated with basal cell skin carcinoma. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya.* 2023;22 (2):191–9. (In Russ.) Раводин Р.А., Галкин В.Н., Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л. Невус сальных желез Ядассона, ассоциированный с базальноклеточным раком кожи,

Клиническая дерматология и венерология. 2023;22 (2):192–9. DOI:10.17116/klinderma202322021192

19. Kimbal K, Craig E, Barrick C, Usmani A. Malignant melanoma arising in a profilic nevus sebaceous with colonization of trichoblastoma. *Am J Dermatopathol.* 2023;45 (3):196–200. DOI:10.1097/DAD/0000000000002355

20. Farci F, Rapini RP. Sebaceous hyperplasia. 2022. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023. PMID: 32965819

Статья поступила в редакцию 31.05.2024; одобрена после рецензирования 07.10.2024; принята к публикации 20.02.2025.
The article was submitted 31.05.2024; approved after reviewing 07.10.2024; accepted for publication 20.02.2025.

Информация об авторах:

Анна Вячеславовна Платонова — врач-дерматовенеролог отделения дерматовенерологии и косметологии, кандидат медицинских наук, platonova1105@gmail.com, ORCID 0000-0001-7143-8411; **Инга Геннадьевна Пономаренко** — доцент кафедры кожных и венерических болезней, доктор медицинских наук, manga-85@mail.ru, ORCID 0000-0001-6550-6940; **Ярослав Александрович Рассказов** — ассистент кафедры инфекционных болезней Института медицинского образования, кандидат медицинских наук, ORCID 0000-0003-4774-4640; **Сергей Леонидович Кашутин** — заведующий кафедрой кожных и венерических болезней, доцент, доктор медицинских наук, sergeycash@yandex.ru, ORCID 0000-0002-2687-3059; **Наталья Леонидовна Шапчиц** — ассистент кафедры кожных и венерических болезней, nata.shapchits@mail.ru, ORCID 0009-0003-5411-1064.

Information about the authors:

Anna V. Platonova — Dermatovenerologist of the Division of Dermatovenerology and Cosmetology, PhD, platonova1105@gmail.com, ORCID 0000-0001-7143-8411; **Inga G. Ponomarenko** — Associate Professor of the Department of Skin and Venereal Diseases, DSc, manga-85@mail.ru, ORCID 0000-0001-6550-6940; **Yaroslav A. Rasskazov** — Instructor of the Department of Infectious Diseases of the Institute for Medical Education, PhD, ORCID 0000-0003-4774-4640; **Sergey L. Kashutin** — Head of the Department of Skin and Sexually Transmitted Diseases, Associate Professor, DSc, sergeycash@yandex.ru, ORCID 0000-0002-2687-3059; **Natalya L. Shapchits** — Instructor of the Department of Skin and Venereal Diseases, nata.shapchits@mail.ru, ORCID 0009-0003-5411-1064.

