



# Случай паранеопластического красного плоского лишая, ассоциированного с аденокарциномой прямой кишки

Молочков В.А.<sup>1</sup> • Бобров М.А.<sup>1</sup> • Амхадова М.А.<sup>1</sup> • Молочкова Ю.В.<sup>1</sup> • Петрова М.С.<sup>1</sup> • Кульбачинский Н.В.<sup>1</sup>

**Молочков Владимир Алексеевич** – д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки, руководитель отделения дерматовенерологии и дерматоонкологии<sup>1</sup>

**Бобров Максим Александрович** – науч. сотр. патологоанатомического отделения<sup>1</sup>

**Амхадова Малкан Абдрашидовна** – д-р мед. наук, профессор курса хирургической стоматологии и имплантологии, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии факультета усовершенствования врачей<sup>1</sup>

**Молочкова Юлия Владимировна** – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отделения дерматовенерологии и дерматоонкологии<sup>1</sup>

✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–2, Российская Федерация.  
Тел.: +7 (926) 554 25 44.  
E-mail: yulia-molochkova@yandex.ru

**Петрова Марина Сергеевна** – науч. сотр. отделения дерматовенерологии и дерматоонкологии<sup>1</sup>

**Кульбачинский Никита Вячеславович** – аспирант курса хирургической стоматологии и имплантологии, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии факультета усовершенствования врачей<sup>1</sup>

Из всех форм красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта эрозивно-язвенная – наиболее резистентная к проводимой терапии, озлокачивается в 3% случаев, нередко имеет паранеопластический характер. Приведено клиническое наблюдение – случай развития агрессивно протекающего, плохо поддающегося терапии паранеопластического эрозивно-язвенного красного плоского лишая полости рта и красной каймы губ у больного с типичными полигональными папулезными элементами этого дерматоза на коже. Разрешение высыпаний произошло

после хирургического удаления колоректального рака, диагностированного на ранней стадии (аденокарцинома *in situ*). Обращается внимание на необходимость своевременного и тщательного исключения у больных эрозивно-язвенным красным плоским лишаем полости рта злокачественных новообразований.

**Ключевые слова:** эрозивно-язвенный красный плоский лишай, паранеоплазия, аденокарцинома прямой кишки

doi: 10.18786/2072-0505-2016-44-1-107-113

<sup>1</sup> ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация

**Э**розивно-язвенный красный плоский лишай (КПЛ) – одна из наиболее тяжелых и торпидных к лечению форм КПЛ слизистой оболочки полости рта. Она может развиваться на фоне экссудативно-гиперемической формы [1] и характеризуется четкими очерченными болезненными эрозиями и язвами, склонными к кровоточивости. Такие очаги могут сочетаться с типичными элементами КПЛ кожи и/или слизистой оболочки [2, 3]. При эрозивно-язвенном КПЛ красной каймы губ чаще поражается нижняя губа, патологический процесс характеризуется застойной гиперемией с болезненными эрозиями и язвами, покрытыми геморрагическими и серозными корками, нередко с папулами типичного КПЛ по периферии [2, 4].

При эрозивно-язвенном КПЛ вульвы и влажной эрозии и язвы возникают на фоне гиперемии, по периферии от них нередко наблюдаются гиперкератоз и сетка Уэксгема, типичны боль и жжение в очагах поражения, диспареуния; возможно появление рубцовых изменений и вовлечение в патологический процесс других слизистых оболочек [5].

Эрозивный КПЛ слизистых оболочек может быть симптомом вульво-вагинально-гингивального синдрома (синдрома Хевитта – Пелиссе), представленного хроническим эрозивным гингивитом, хроническим вульвитом и эритематозно-эрозивным или десквамативным вагинитом, а при ассоциации с антигеном HLA-DQB1\*0201 – также поражением слепой кишки [6].

Экссудативно-гиперемический, эрозивный и эрозивно-язвенный КПЛ полости рта, развивающийся при использовании в стоматологической практике зубных металлов, связан с аллергическим воздействием попавших в слюну ионов этих металлов в результате электрохимической коррозии, обусловленной гальваническим эффектом разнородных биметаллов [7].

Как известно, раннее выявление КПЛ слизистых оболочек, в том числе полости рта, способствует предотвращению его озлокачествления, а также развития обусловленных им стриктур половых органов (влажной эрозии, уретры) и пищевода [8]. Наиболее часто злокачественной трансформации подвергается КПЛ языка, несколько реже – слизистой оболочки щек и десен, еще реже – слизистой оболочки губ. В целом КПЛ слизистой оболочки полости рта озлокачивается в 3% случаев, то есть со статистически значимой частотой, и в связи с этим относится к облигатным предракам [9]. Озлокачествлению подвергаются плотные незаживающие язвы, экзофитные

очаги с кератотической поверхностью и красные атрофические бляшки. В запущенных случаях плоскоклеточный рак, развившийся на фоне КПЛ полости рта, метастазирует в лимфатические узлы и внутренние органы.

В дифференциально-диагностическом плане эрозивно-язвенный КПЛ нужно отличать от рецидивирующей герпетической инфекции, способной не только имитировать, но и запускать этот процесс [9]. При обнаружении вируса герпеса у больного эрозивно-язвенным КПЛ полости рта следует назначать противогерпетические препараты (ацикловир, валацикловир, фамцикловир и др.).

В случае эрозивных и эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта назначают наружные кортикостероидные препараты (например, 0,1% гель флуоцинолона ацетонида) [10]. Наиболее эффективным признан клобетазола пропионат, применение которого приводит к полной ремиссии у 56–75% пациентов с симптомным КПЛ полости рта [11]. При эрозивно-язвенных поражениях полости рта, устойчивых к этим препаратам, используют местные ингибиторы кальциневрина: мази такролимус и пимекролимус [12], снижающие продукцию Th-1 цитокинов путем подавления дефосфорилирования ядерного фактора активированных кальциневрином Т-клеток [13]. Если местное лечение неэффективно, назначают хлорохин внутрь [14], инъекции глутамил-триптофан динатрия [15] или внутриочаговые инъекции триамцинолона ацетонида [16], а также проводят экстракорпоральную фотохимиотерапию [17].

По данным литературы, эрозивно-язвенный КПЛ может не только быть проявлением синдрома Гриншпана (наряду с гипертонией и сахарным диабетом), но и носить паранеопластический характер, ассоциируясь с раком желудка, почки, лимфосаркомой, ретикуляноклеточной саркомой, краниофарингиомой [18]. Патогенез паранеопластического КПЛ связан с выработкой аутореактивных Т-клеток, перекрестно реагирующих с антигенами, экспрессирующимися на эпителиальных клетках [19].

Недавно мы наблюдали случай резистентного к лечению паранеопластического эрозивно-язвенного КПЛ.

#### Клиническое наблюдение

Больной М. 75 лет поступил в отделение дерматовенерологии и дерматоонкологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с жалобами на болезненные высыпания во рту и на красной кайме губ, зудящие высыпания на туловище и конечностях, осиплость голоса и уменьшение массы тела за 2 месяца на 10 кг.



**Рис. 1.** Множественные полигональные папулы и бляшки синюшно-розового цвета на спине



**Рис. 2.** Отек, гиперемия и эрозии в области десен



**Рис. 3.** Множественные гиперкератотические и эрозированные высыпания на слизистой оболочке щеки и в углу рта

Полгода назад после работы с вредными парами отметил снижение остроты зрения, а через 2 месяца появились зудящие пятна розового цвета на голенях и эрозии в области затылка. Дерматологом по месту жительства был поставлен диагноз «красный плоский лишай» и рекомендованы мази мометазона и нафталанской нефти, что привело через 2–3 месяца к побледнению высыпаний. Еще через месяц появилась эрозия на головке полового члена, по поводу чего самостоятельно применял мазь клотримазола. Высыпания распространились на конечности, появились болезненные эрозии на красной кайме губ и во рту. Стоматологом патологический процесс был расценен как герпетический и назначено лечение ацикловиром, но эффекта не было.

В связи с этим был госпитализирован в отделение дерматовенерологии и дерматоонкологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

При осмотре: патологический процесс распространенный, островоспалительный, полиморфный. На коже спины, боковых поверхностей живота, разгибательных поверхностей конечностей – множественные полигональные папулы синюшно-розового цвета диаметром 0,3–0,5 см, местами слившиеся в бляшки от 1,5 до 2 см в диаметре (рис. 1). На головке полового члена – розоватые полигональные папулы. В области десен – на фоне гиперемии и белесоватых сетчатых пятен – эрозии до 2 см в диаметре (рис. 2), на слизистой оболочке щек – гиперкератотические серо-белые папулы диаметром до 0,5 см, в том числе изъязвившиеся (рис. 3, 4), на слизистой оболочке губ – белые сетчатые пятна в форме листьев папоротника диаметром до 3 см (рис. 5). На красной кайме губ – множественные эрозии, покрытые кровоточащими геморагическими корками (рис. 6).

Данные обследования: анализы крови на вирус иммунодефицита человека, гепатиты В и С, сифилис – отрицательные; анализ мочи – без патологических изменений. Общий анализ крови: полихромазия ++, макроцитоз +, эритроциты – 3,74, гемоглобин – 12,4, гематокрит – 36,5, среднее содержание гемоглобина в эритроците – 33, тромбоциты – 148, скорость оседания эритроцитов по Вестергрену – 40 мм/ч; общий биохимический анализ крови: аланинаминотрансфераза – 59 ед/л, аспаратаминотрансфераза – 87 ед/л. Ревмопробы: ревматоидный фактор положительный – 256 МЕ/мл. Анализ крови на онкомаркеры: простатспецифический антиген – 125 МЕ/мл. Анализ кала на скрытую кровь резко положительный. На электрокардиограмме наблюдаются диффузные изменения миокарда желудочков. При исследовании мазков-отпечатков со дна эрозий в полости рта акантолитические клетки не обнаружены.

Заключение по гистологическому исследованию биоптата очага поражения кожи: красный плоский лишай: поражение кожи (рис. 7).



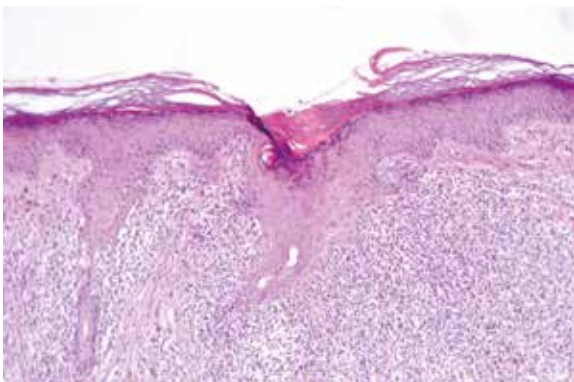
**Рис. 4.** Пятнистые сетчатые, гиперкератотические и эрозивно-изъязвленные высыпания на слизистой оболочке щеки



**Рис. 5.** Сетчатые высыпания в форме листьев папоротника на слизистой оболочке нижней губы



**Рис. 6.** Красная кайма нижней губы: множественные эрозивно-язвенные высыпания, местами покрытые геморрагическими корками



**Рис. 7.** Красный плоский лишай: поражение кожи. Ортогиперкератоз, гипергранулез, акантоз в виде «зубьев пилы», вакуолизация клеток базального слоя. В дерме полосовидный лимфогистиоцитарный инфильтрат. Окраска гематоксилином и эозином;  $\times 100$

Заключение по гистологическому исследованию биоптата очага поражения на слизистой оболочке левой щеки: красный плоский лишай (рис. 8, 9).

Гистологическое заключение по биоптату из прямой кишки: опухоль ворсинчатого вида на ножке: фрагменты тубуло-ворсинчатой аденомы толстой кишки с умеренной дисплазией эпителия желез.

Получал лечение: оротовая кислота 1 таблетка 3 раза в день; глюконат кальция 5 мл внутримышечно; клемастин 1 мл внутримышечно на ночь; аденозинтрифосфат натрия 2 мл внутримышечно; хлорохин внутрь по 0,125 г 2 раза в день; пентоксифиллин 5 мл на 100 мл физиологического раствора внутривенно капельно; витамин  $B_1$  внутримышечно по 1 мл ежедневно; витамин  $B_6$  внутримышечно по 1 мл ежедневно; доксициклин внутрь по 0,1 г 2 раза в день 10 дней; наружно: мазь метилпреднизолона ацепоната, полоскания полости рта настоем ромашки, аппликации облепихового масла 4 раза в день.

На фоне лечения отмечалось незначительное улучшение с уменьшением количества эрозий и трещин на слизистой губ.

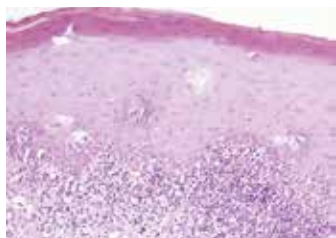
При осмотре проктологом был заподозрен рак прямой кишки.

По данным колоноскопии: слизистая нисходящей кишки и сигмы незначительно очагово гиперемирована; складчатость, сосудистый рисунок и перистальтика без особенностей. На расстоянии 15–20 см от ануса плотное экзофитное образование неправильной формы на широком основании, занимающее половину окружности кишки с гиперемированной, ворсинчатой, эрозированной поверхностью с тромбами и фибрином. Слизистая вокруг образования инфильтрирована, отечна, при взятии биопсии кровотоцит. Слизистая прямой кишки без особенностей. Внутренний геморрой. Заключение: опухоль сигмы; очаговый сигмоидит; внутренний геморрой.

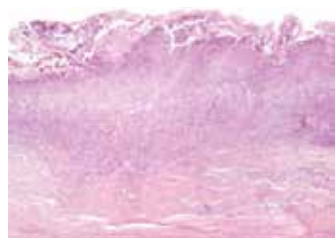
При ректоскопии: на расстоянии 9 см от ануса наблюдается ворсинчатого вида опухоль 2,5–3 см в диаметре, подвижная, на незначительной короткой ножке. Заключение: ворсинчатая опухоль прямой кишки на уровне 9 см от ануса, рубцовая стриктура ануса, перианальный дерматит.

На основании клинико-гистологического обследования установлен диагноз «тубулярно-ворсинчатая аденома с дисплазией эпителия 2–3-й степени, очагами высокодифференцированной аденокарциномы без инвазии собственной мышечной пластинки слизистой оболочки (*in situ*)» (рис. 10, 11). В связи с этим был поставлен диагноз рака прямой кишки TisN<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 0 ст. G1 и рекомендовано лечение у онколога.

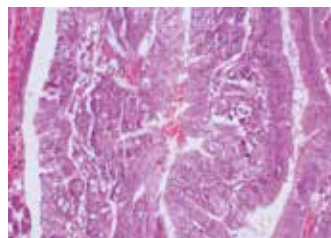
После хирургического удаления опухоли полностью регрессировали высыпания на коже (рис. 12) и на головке полового члена, частично – на слизистой оболочке губ и щек: на верхней губе оставалась одна эрозия размером 2  $\times$  0,5 см с белесоватым налетом (рис. 13, 14).



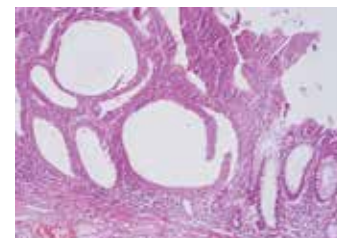
**Рис. 8.** Красный плоский лишай: поражение слизистой оболочки полости рта. В эпителии слизистой – фокальный паракератоз, акантоз в виде «зубьев пилы», вакуолизация клеток базального слоя. Субэпителиальный лихеноидный лимфогистиоцитарный инфильтрат. Окраска гематоксилином и эозином;  $\times 200$



**Рис. 9.** Поражение слизистой оболочки полости рта. Эрозия с полной утратой эпителия, полосовидный лимфогистиоцитарный инфильтрат в верхней части *lamina propria*. Окраска гематоксилином и эозином;  $\times 40$



**Рис. 10.** Фокус высокодифференцированной аденокарциномы в поверхностных отделах тубулярно-ворсинчатой аденомы, представленный криброзными структурами и тяжелой дисплазией эпителия. Окраска гематоксилином и эозином;  $\times 200$



**Рис. 11.** Участок тубулярно-ворсинчатой аденомы на границе с неизменной слизистой толстой кишки. Окраска гематоксилином и эозином;  $\times 100$



**Рис. 12.** Гиперпигментированные пятна на месте бывших высыпаний в области спины



**Рис. 13.** Регресс высыпаний на слизистой оболочке щек. На месте эрозивно-язвенных очагов местами остались белесоватые сетчатые пятна



**Рис. 14.** На слизистой губ высыпания регрессировали, на верхней губе слева остается эрозия с белесоватым налетом

В представленном клиническом наблюдении эрозивно-язвенный КПЛ полости рта и красной каймы губ сочетался с типичными проявлениями КПЛ на коже туловища, конечностей, волосистой части головы и половых органов, а также с колоректальным раком. Паранеопластический характер этого торпидного к лечению процесса подтверждается быстрым спонтанным регрессом кожных и подавляющего большинства эрозивно-язвенных поражений после удаления опухоли.

Колоректальный рак занимает четвертое место в мире в структуре онкологических заболеваний, причем частота его выше в экономически развитых странах [20]. В европейской популяции риск

развития этого вида рака достигает 4–5%. Более 90% злокачественных опухолей толстой кишки приходится на аденокарциномы [21], которые возникают из тубуло-ворсинчатых и ворсинчатых аденом [22].

Клинические проявления дерматозов, в том числе КПЛ, могут предшествовать развитию злокачественного новообразования, совпадать с ним или следовать за ним. Кожные паранеоплазии имеют неблагоприятный прогноз, но при раннем выявлении лежащего в их основе злокачественного процесса и его эффективном лечении они регрессируют спонтанно [23], подтверждением чему послужило приведенное клиническое наблюдение. ©



## Литература

1. Молочков ВА, Сухова ТЕ, Молочкова ЮВ. Клинические особенности красного плоского лишая. Клиническая дерматология и венерология. 2013;11(4):34–43.
2. Седова ЛА. Антиоксидантная терапия экссудативно-гиперемической формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Врач-аспирант. 2013;59(4):104–10.
3. Cheng S, Kirtschig G, Cooper S, Thornhill M, Leonardi-Bee J, Murphy R. Interventions for erosive lichen planus affecting mucosal sites. Cochrane Database Syst Rev. 2012;2:CD008092. doi: 10.1002/14651858.CD008092.pub2.
4. Soria A, Agbo-Godeau S, Taïeb A, Francès C. Treatment of refractory oral erosive lichen planus with topical rapamycin: 7 cases. Dermatology. 2009;218(1):22–5. doi: 10.1159/000172830.
5. Simpson RC, Thomas KS, Leighton P, Murphy R. Diagnostic criteria for erosive lichen planus affecting the vulva: an international electronic-Delphi consensus exercise. Br J Dermatol. 2013;169(2):337–43. doi: 10.1111/bjd.12334.
6. Pelisse M, Leibowitch M, Sedel D, Hewitt J. A new vulvovaginingival syndrome. Plurimucous erosive lichen planus. Ann Dermatol Venereol. 1982;109(9):797–8.
7. Селицкий ГД, Измерова НИ, Хамаганова ИВ, Чикин ВР, Лепшокова ФВ, Нажмутдинова ДК. Патология слизистой оболочки полости рта и кожи, обусловленная побочным действием биотропных гигиенических парфюмерно-косметических продуктов и стоматологических материалов (междисциплинарный проект). Российский журнал кожных и венерических болезней. 2009;(2):31–6.
8. Carozzo M. How common is oral lichen planus? Evid Based Dent. 2008;9(4):112–3. doi: 10.1038/sj.ebd.6400614.
9. Машкиллейсон АЛ. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта. М.: Медицина; 1970. 271 с.
10. Buajeeb W, Kraivaphan P, Poburksa C. Efficacy of topical retinoic acid compared with topical fluocinolone acetonide in the treatment of oral lichen planus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997;83(1):21–5. doi: 10.1016/S1079-2104(97)90085-8.
11. Carbone M, Arduino PG, Carozzo M, Gandolfo S, Argiolas MR, Bertolusso G, Conrotto D, Pentenero M, Brocchetti R. Course of oral lichen planus: a retrospective study of 808 northern Italian patients. Oral Dis. 2009;15(3):235–43. doi: 10.1111/j.1601-0825.2009.01516.x.
12. Samyia M, Lin AN. Efficacy of topical calcineurin inhibitors in lichen planus. J Cutan Med Surg. 2012;16(4):221–9.
13. Elad S, Epstein JB, Yarom N, Drucker S, Tzach R, von Bültzingslöwen I. Topical immunomodulators for management of oral mucosal conditions, a systematic review; part I: calcineurin inhibitors. Expert Opin Emerg Drugs. 2010;15(4):713–26. doi: 10.1517/14728214.2010.528389.
14. Арутюнов СД, Перламутров ЮН, Акинфиева ВБ, Брагина ЕЕ. Клинико-морфологическое обоснование комплексного лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта с применением биополимерных пленок «Галавит ПЛ». Dental Forum. 2005;(4):24–9.
15. Глазкова ЮП, Перламутров ЮН, Корсунская ИМ, Терещенко АВ. Влияние комплексного лечения с использованием иммуносупрессивной терапии на цитокиновый статус сыворотки крови больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта и губ. Вестник последипломного медицинского образования. 2011;(2):24–6.
16. Torti DC, Jorizzo JL, McCarty MA. Oral lichen planus: a case series with emphasis on therapy. Arch Dermatol. 2007;143(4):511–5. doi: 10.1001/archderm.143.4.511.
17. Elewa R, Altenburg A, Zouboulis CC. Recalcitrant severe erosive cutaneous lichen planus treated with extracorporeal photopheresis monotherapy. Br J Dermatol. 2011;165(2):441–3. doi: 10.1111/j.1365-2133.2011.10378.x.
18. Cooper SM, Wojnarowska F. Influence of treatment of erosive lichen planus of the vulva on its prognosis. Arch Dermatol. 2006;142(3):289–94. doi: 10.1001/archderm.142.3.289.
19. Helm TN, Camisa C, Liu AY, Valenzuela R, Bergfeld WF. Lichen planus associated with neoplasia: a cell-mediated immune response to tumor antigens? J Am Acad Dermatol. 1994;30(2 Pt 1):219–24.
20. Мейерхардт Дж, Сандерз М, ред. Рак толстой кишки. Пер. с англ. М.: Рид Элсивер, 2009. 186 с.
21. Тимофеев ЮМ. Колоректальный рак: современные аспекты диагностики и лечения. Русский медицинский журнал. 2004;12(11):653–6.
22. Iordache S, Săftoiu A, Ciurea T, Georgescu CV, Ghiluşi M. Predictive parameters for advanced neoplastic adenomas and colorectal cancer in patients with colonic polyps – a study in a tertiary medical centre in the South-West region of Romania. Rom J Morphol Embryol. 2006;47(3):239–43.
23. Дворников АС, Рыбко ВА, Ковалева ОВ, Книжник АВ, Архипова КА, Каинов ЯА, Скрипкин ЮК, Зборовская ИБ. К вопросу о патогенезе и ранней диагностике паранеопластических процессов в дерматологии. Вестник Российского государственного медицинского университета. 2007;(6):50–5.

## References

1. Molochkov VA, Sukhova TE, Molochkova YuV. Klinicheskie osobennosti krasnogo ploskogo lishaya [Clinical features of lichen ruber planus]. Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2013;11(4):34–43 (in Russian).
2. Sedova LA. Antioksidantnaya terapiya eksudativno-giperemicheskoy formy krasnogo ploskogo lishaya slizistoy obolochki polosti rta [Antioxidant therapy of patients with the erythematous form oral lichen planus]. Vrach-aspirant. 2013;59(4):104–10 (in Russian).
3. Cheng S, Kirtschig G, Cooper S, Thornhill M, Leonardi-Bee J, Murphy R. Interventions for erosive lichen planus affecting mucosal sites. Cochrane Database Syst Rev. 2012;2:CD008092. doi: 10.1002/14651858.CD008092.pub2.
4. Soria A, Agbo-Godeau S, Taïeb A, Francès C. Treatment of refractory oral erosive lichen planus with topical rapamycin: 7 cases. Dermatology. 2009;218(1):22–5. doi: 10.1159/000172830.
5. Simpson RC, Thomas KS, Leighton P, Murphy R. Diagnostic criteria for erosive lichen planus affecting the vulva: an international electronic-Delphi consensus exercise. Br J Dermatol. 2013;169(2):337–43. doi: 10.1111/bjd.12334.
6. Pelisse M, Leibowitch M, Sedel D, Hewitt J. A new vulvovaginingival syndrome. Plurimucous erosive lichen planus. Ann Dermatol Venereol. 1982;109(9):797–8.
7. Selisskiy GD, Izmerova NI, Khamaganova IV, Chikin VR, Lepshokova FV, Nazhmutdinova DK. Patologiya slizistoy obolochki polosti rta i kozhi, obuslovlennaya pobochnym deystviem biotropnykh gigienicheskikh parfumerno-kosmeticheskikh produktov i stomatologicheskikh materialov (mezhdistsiplinarnyy proekt) [Oral mucosal and dermal diseases caused by the side effect of biotropic hygienic and perfume-and-cosmetic products and dental materials (interdisciplinary project)]. Russian Journal of Skin and Venereal Diseases. 2009;(2):31–6 (in Russian).
8. Carozzo M. How common is oral lichen planus? Evid Based Dent. 2008;9(4):112–3. doi: 10.1038/sj.ebd.6400614.
9. Mashkilleysen AL. Predrak krasnoy kaymy gub i slizistoy obolochki polosti rta [The precancer of red border of the lips and mucous mem-



- branes of the oral cavity]. Moscow: Meditsina; 1970. 271 p. (in Russian).
10. Buajeeb W, Kraivaphan P, Poburksa C. Efficacy of topical retinoic acid compared with topical fluocinonone acetonide in the treatment of oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997;83(1):21–5. doi: 10.1016/S1079-2104(97)90085-8.
  11. Carbone M, Arduino PG, Carozzo M, Gandolfo S, Argiolas MR, Bertolusso G, Conrotto D, Pentenero M, Broccoletti R. Course of oral lichen planus: a retrospective study of 808 northern Italian patients. *Oral Dis.* 2009;15(3):235–43. doi: 10.1111/j.1601-0825.2009.01516.x.
  12. Samyia M, Lin AN. Efficacy of topical calcineurin inhibitors in lichen planus. *J Cutan Med Surg.* 2012;16(4):221–9.
  13. Elad S, Epstein JB, Yarom N, Drucker S, Tzach R, von Bültzingslöwen I. Topical immunomodulators for management of oral mucosal conditions, a systematic review; part I: calcineurin inhibitors. *Expert Opin Emerg Drugs.* 2010;15(4):713–26. doi: 10.1517/14728214.2010.528389.
  14. Arutyunov SD, Perlamutrov YuN, Akinfiyeva VB, Bragina EE. Kliniko-morfologicheskoe obosnovanie kompleksnogo lecheniya erozivno-yazvennoy formy krasnogo ploskogo lishaya slizistoy obolochki polosti rta s primeneniem biopolimernykh plenok "Galavit PL" [Clinico-morphological substantiation of complex treatment of erosive and ulcerative form of the oral lichen planus with application of biopolymer films "Galavit PL"]. *Dental Forum.* 2005;(4):24–9 (in Russian).
  15. Glazkova YuP, Perlamutrov YuN, Korsunskaya IM, Tereshchenko AV. Vliyanie kompleksnogo lecheniya s ispol'zovaniem immunosuppressivnoy terapii na tsitokinovyy status syvorotki krovi bol'nykh krasnym ploskim lishaem slizistoy obolochki polosti rta i gub [The influence of combination treatment including immune suppression on serum cytokines in patients with lichen planus rubrum of oral mucosa and the vermilion zone]. *Vestnik poslediplomnogo meditsinskogo obrazovaniya.* 2011;(2):24–6 (in Russian).
  16. Torti DC, Jorizzo JL, McCarty MA. Oral lichen planus: a case series with emphasis on therapy. *Arch Dermatol.* 2007;143(4):511–5. doi: 10.1001/archderm.143.4.511.
  17. Elewa R, Altenburg A, Zouboulis CC. Recalcitrant severe erosive cutaneous lichen planus treated with extracorporeal photopheresis monotherapy. *Br J Dermatol.* 2011;165(2):441–3. doi: 10.1111/j.1365-2133.2011.10378.x.
  18. Cooper SM, Wojnarowska F. Influence of treatment of erosive lichen planus of the vulva on its prognosis. *Arch Dermatol.* 2006;142(3):289–94. doi: 10.1001/archderm.142.3.289.
  19. Helm TN, Camisa C, Liu AY, Valenzuela R, Bergfeld WF. Lichen planus associated with neoplasia: a cell-mediated immune response to tumor antigens? *J Am Acad Dermatol.* 1994;30(2 Pt 1):219–24.
  20. Meyerhardt J, Saunders M, editors. *Colorectal Cancer: Dana-Farber Cancer Institute Handbook.* Elsevier Mosby; 2007. 160 p.
  21. Timofeev YuM. Kolorektal'nyy rak: sovremennyye aspekty diagnostiki i lecheniya [Colorectal cancer: modern aspects of diagnosis and treatment]. *Russian Medical Journal.* 2004;12(11):653–6.
  22. Iordache S, Săftoiu A, Ciurea T, Georgescu CV, Ghiluşi M. Predictive parameters for advanced neoplastic adenomas and colorectal cancer in patients with colonic polyps – a study in a tertiary medical centre in the South-West region of Romania. *Rom J Morphol Embryol.* 2006;47(3):239–43.
  23. Dvornikov AS, Rybko VA, Kovaleva OV, Knizhnik AV, Arkhipova KA, Kainov YaA, Skripkin YuK, Zborovskaya IB. K voprosu o patogeneze i ranney diagnostike paraneoplasticheskikh protsessov v dermatologii [Pathogenesis and early diagnosis of paraneoplastic processes in dermatology]. *Vestnik Rossiyskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta.* 2007;(6):50–5 (in Russian).

## A case of paraneoplastic erosive ulcerative lichen planus rubrum associated with a rectal adenocarcinoma

Molochkov V.A.<sup>1</sup> • Bobrov M.A.<sup>1</sup> • Amkhadova M.A.<sup>1</sup> • Molochkova Yu.V.<sup>1</sup> • Petrova M.S.<sup>1</sup> • Kul'bachinskiy N.V.<sup>1</sup>

The erosive ulcerative form of lichen planus rubrum localized on the oral mucosa is the most resistant to treatment from all types of the disease. It becomes malignant in 3% of cases and quite often is of a paraneoplastic character. We present a clinical case of an aggressive and resistant to treatment paraneoplastic erosive ulcerative lichen planus rubrum of the oral mucosa and the vermilion zone in a patient with polygonal papules typical for this dermatosis. The papules resolved after surgical

removal of colorectal cancer tumor that was diagnosed at an early stage (adenocarcinoma *in situ*). We draw attention to the necessity of timely and careful assessment of patients with erosive ulcerative lichen planus rubrum for malignant neoplasms.

**Key words:** erosive ulcerative lichen planus rubrum, paraneoplasia, rectal adenocarcinoma

doi: 10.18786/2072-0505-2016-44-1-107-113

**Molochkov Vladimir A.** – MD, PhD, Professor, Merited Scientist, Head of the Dermatovenereology and Dermato-oncology Department<sup>1</sup>

**Bobrov Maksim A.** – MD, Research Fellow, Department of Pathological Anatomy<sup>1</sup>

**Amkhadova Malkan A.** – MD, PhD, Professor of the Course of Surgical Stomatology and Implantology, Chair of Jaw and Face Surgery and Surgical Stomatology, Postgraduate Training Faculty<sup>1</sup>

**Molochkova Yuliya V.** – MD, PhD, Senior Research Fellow, Dermatovenereology and Dermato-oncology Department<sup>1</sup>

✉ 61/2–2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation. Tel.: +7 (926) 554 25 44. E-mail: yulia-molochkova@yandex.ru

**Petrova Marina S.** – MD, Research Fellow, Dermatovenereology and Dermato-oncology Department<sup>1</sup>

**Kul'bachinskiy Nikita V.** – MD, PhD Student, Course of Surgical Stomatology and Implantology, Chair of Jaw and Face Surgery and Surgical Stomatology, Postgraduate Training Faculty<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI); 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation