

ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ

DOI: 10.21802/artm.2023.1.25.111
УДК 616-071+616.5

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК CUTIS VERTICIS GYRATA

В.Є. Ткач, О.Д. Александрук, М.С. Волошинович, Г.Є. Гірник, Н.В. Козак

*Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра дерматології та венерології,
м. Івано-Франківськ, Україна,*

ORCID ID: 0000-0001-5560-3923, e-mail: tkach_vasyl@ukr.net,

ORCID ID: 0000-0003-1580-9286, e-mail: odaleksandruk@ukr.net,

ORCID ID: 0000-0001-7619-2289, e-mail: mvoloshynovych@gmail.com,

ORCID ID: 0000-0002-9353-6490, e-mail: galingir@ukr.net,

ORCID ID: 0000-0002-3190-5238, e-mail: nkozak@ifnmu.edu.ua

Резюме. Cutis verticis gyrata (CVG) – описовий термін для рідкісного доброякісного стану шкіри, що характеризується утворенням звивистих складок та глибоких борозен, які імітують мозкові звивини.

Розрізняють первинну і вторинну форми CVG. Причина появи первинної форми не відома. При цьому йдеться про відсутність симптоматики з боку центральної нервової системи, а також виключається будь-яка схожа за симптомами патологія. Первинний комбінований CVG може супроводжувати нервово-психічні розлади, церебральний параліч, епілепсію, судоми та офтальмологічні аномалії, серед яких найчастіше – катаракту. Вторинний CVG виникає як наслідок хронічного запалення. При вторинному CVG частіше уражаються нижні кінцівки. Шкіра застійно-червоного кольору, ціанотична, щільна, набрякла. У межах змінених ділянок нерідко помітні папіломатозні розростання, нашарування кірок і лусок.

Враховуючи відносну рідкість цієї недуги в популяції, повідомляємо про клінічний випадок CVG, з яким ми стикнулися в нашій практиці вперше за 50 останніх років.

Презентація випадку. Хворий П., 27 років звернувся до дерматолога зі скаргами на надмірну складчастість і підвищену рухомість шкіри волосистої частини голови. При огляді шкіра звичайного кольору. Шкіра волосистої частини голови гіпереластична.

Під час обстеження пацієнта з боку внутрішніх органів патології не виявлено. Хворому рекомендовано періодичний огляд дерматолога. При наростанні клінічних проявів – хірургічне видалення складок шкіри.

Висновки. Описаний клінічний випадок CVG має значний інтерес для лікарів-дерматологів, педіатрів, генетиків як рідкісна невоїдна хвороба розвитку. У нашому повідомленні проілюстровано клінічну картину змін на шкірі, коротко проведено диференційну діагностику з патологією, схожою за клінічною симптоматикою.

Ключові слова: cutis verticis gyrata, гіпертрофія і гіперплазія шкіри.

Вступ. Cutis verticis gyrata (CVG) – описовий термін для рідкісного доброякісного стану шкіри, що характеризується утворенням звивистих складок та глибоких борозен, які імітують мозкові звивини, як наслідок надмірного розростання шкіри [1]. Спостерігається переважно в осіб чоловічої статі, з поширеністю приблизно 1 на 100 000, та ще рідше у жінок з поширеністю 0,026 на 100 000 [2]. Вперше клінічний випадок захворювання описаний у 1837 році J. Alibert [3]. У 1907 році P.G. Unna запропонував термін «cutis verticis gyrata», що найчастіше використовується і по даний час.

Згідно з літературними даними, розрізняють первинну і вторинну форму CVG [4]. Серед випадків первинного CVG у 1984 році Garden J.M., Robinson J.K. додатково виділили есенціальний та поєднаний підтипи [5]. Причина появи первинної форми недуги не відома. Відомо, що ця форма зустрічається частіше в представників чоловічої статі, одразу після пубертату або ж після 30-ти років [5]. Як відомо, первинний комбінований CVG може супроводжувати нервово-психічні розлади, дитячий церебральний параліч,

епілепсію, судоми та офтальмологічні недуги, серед яких найчастіше – катаракту [6]. Вторинний CVG виникає як наслідок хронічного запалення, наприклад, у результаті бешихи, лімфостазу, еліфантіазу, екземи, псоріазу, фолікуліту, атопічного дерматиту та інших захворювань. При цій формі CVG, натомість, частіше уражаються нижні кінцівки. Шкіра – застійно-червоного кольору, ціанотична, щільна, набрякла. На тлі зміненої шкіри нерідко помітні папіломатозні розростання, нашарування кірок і лусок [6].

Враховуючи рідкість цієї недуги в популяції, повідомляємо про клінічний випадок CVG, який ми діагностували вперше за останні 50 років.

Презентація випадку. Хворий П., 27 років звернувся із скаргами на складчастість і підвищену рухомість шкіри волосистої частини голови. Перші прояви хвороби відмітив у 17-ти річному віці, проте не звертав уваги, вважаючи, що це індивідуальні особливості будови шкіри. 3-4 роки поспіль став відмічати потовщення і збільшення в розмірах складок шкіри на волосистій частині голови, підвищення рухомості. Шкіра, зі слів хворого, мала вигляд ребер. При огляді

– шкіра звичайного кольору, тургор і еластичність збережені, пото- і саловиділення - помірні. Додатки шкіри – без патологічних змін.

Нижче наведені зміни шкіри на волосистій частині голови, наявні у хворого (Рис. 1А, 1В).



Рис. 1А. Хворий П. Гіпереластична шкіра волосистої частини голови.



Рис. 1В. Хворий П. Гіпереластична шкіра волосистої частини голови під час механічного зміщення.

З Рис. 1А і 1В випливає, що шкіра волосистої частини голови рівномірно вкрита густим волоссям, гіпереластична, помітні виражені поперечні глибокі лінійної форми борозни, які, у свою чергу, нагадують завитки мозку. У ділянці борозен – дещо гіперемована.

Дермоскопічними проявами CVG можуть бути: пунктирні, тонкі короткі лінійні судини й

лусочки на рожевому фоні [7]. У нашого хворого, при використанні дермоскопії без світлопровідної рідини, судинний малюнок в зонах еритеми мало помітний, на поверхні дрібнопластинчаті лущення (Рис. 2А, 2В).



Рис. 2А. Хворий П. Дермоскопія шкіри волосистої частини голови без використання світлопровідної рідини.

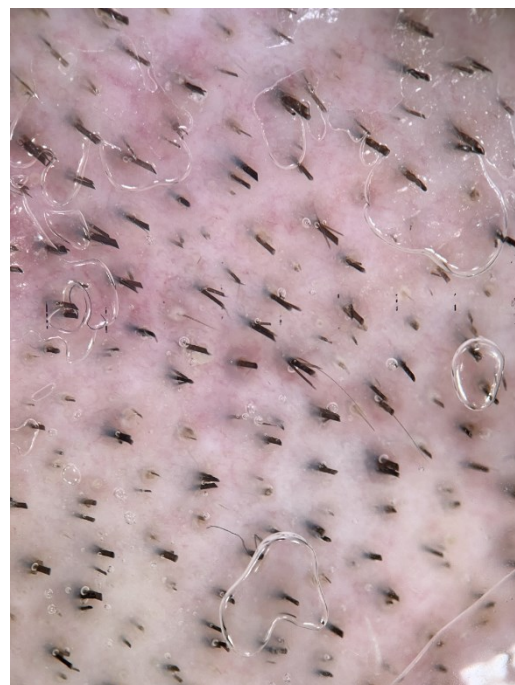


Рис. 2В. Дермоскопія шкіри волосистої частини голови після нанесення світлопровідної рідини.

З наведених на Рис. 2А і 2В даних випливає, що після зволоження поверхні голови візуалізуються розширені капіляри поверхневого судинного сплетення шкіри, які співпадають з локалізацією борозен.

Хворого обстежено з боку внутрішніх органів, патології серця не виявлено. УЗД щитовидної залози, органів черевної порожнини без патологічних змін. Загальний аналіз крові, сечі, цукор крові в межах норми. Біохімічні показники функції печінки, нирок – без патологічних відхилень. Хворому рекомендовано періодичний огляд дерматолога. При наростанні клінічних проявів – хірургічне видалення складок шкіри.

CVG, насамперед, необхідно диференціювати зі **синдромом Елерса-Данлоса** (cutis hyperelastica). Це – вроджена дисплазія мезенхіми й аномалія колагенових волокон. Спільною ознакою цих недуг є

підвищена схильність до розтягнення шкіри. Проте при синдромі Елерса-Данлоса надміру розтягнена шкіра швидко повертається у звичне положення, тоді як при CVG – утворює глибокі складки. При синдромі Елерса-Данлоса, окрім підвищеної розтяжності, є надмірна рухомість суглобів та легка ранимість шкіри, утворення гематом.

В'яла шкіра (cutis laxae) також своєю підвищеною рухомістю на початку свого розвитку може нагадувати CVG. Але при універсальному дерматолозісі в'яла шкіра звисає, у складках, на повіках, на потилиці та чолі. На тім'яній ділянці візуально шкіра не змінена, не потовщена, не має глибоких складок.

При **синдромі Бонневі-Ульріха** глибокі складки шкіри, притаманні CVG, локалізуються в ділянці шиї. Окрім цього у хворих є інші вади, такі як: нанізм, синдактилія, запізнілий статевий розвиток, гіпоплазія молочних залоз у дівчаток, в'ялість шкіри.

CVG необхідно диференціювати з **лімфангіомою**. Це – доброякісна вроджена пухлина лімфатичної системи, в основі якої є обструкція лімфатичних судин дистальніше, а дилатація – проксимальніше від місця обструкції. Лімфангіома, як правило, наявна з народження, і з ростом дитини вона збільшується в розмірах. Шкіра – горбиста, звичайного кольору, часто волога. Локалізується на будь-яких ділянках шкіри, частіше на шиї, обличчі, на язиці, рідко – на волосистій частині голови. Бугристість шкіри обмежена, при пальпації не болюча, у центрі флюктуація. Діагноз підтверджують даними магнітно-резонансної томографії та ультрасонографії.

Висновки. Описаний клінічний випадок CVG має значний інтерес для лікарів-дерматологів, педіатрів, генетиків як рідкісна невоїдна хвороба розвитку. У нашому повідомленні проілюстровано клінічну картину змін на шкірі, коротко проведено диференційну діагностику з дерматозами, найбільш схожими між собою за клінічними проявами.

References:

- Shareef S, Horowitz D, Kaliyadan F. Cutis Verticis Gyrata. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539812/>
- Koregol S, Yatagiri RV, Warad SR, Itagi NR. A rare association of scleromyxedema with cutis verticis gyrata. *Indian Dermatol Online J* [Internet]. 2016; 7(3):186-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/2229-5178.182365>
- Chamli A, Jones M, Bacha T, Litaiem N, Zeglaoui F. Cutis verticis gyrata: Three cases illustrating three different etiologies. *Clin Case Rep* [Internet]. 2022; 10(5):e05889. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ccr3.5889>
- Demartini Z Jr, Cardoso-Demartini AA, M Gatto LA. Essential cutis verticis gyrata. *Neurol India* [Internet]. 2023; 71(1):186. Available from: <http://dx.doi.org/10.4103/0028-3886.370476>
- Nachinolcar SN, Pai V, Shukla P, Muthuprabakaran K. Primary nonessential cutis verticis gyrata with acne keloidalis nuchae. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* [Internet]. 2021; 87(5):748. Available from: http://dx.doi.org/10.25259/IJDVL_1050_19

- Roque J, Marques P. Acromegaly-related cutis verticis gyrata. *Growth Horm IGF Res* [Internet]. 2022; 66(101497):101497. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ghir.2022.101497>
- Saad S, Fetoui NG, Rouatbi J, Mokni S, Ghariani N, Sriha B, et al. Cutis verticis gyrata in a 24-year-old young man revealing a T-cell lymphoblastic lymphoma. *Clin Case Rep*. 2022; 10(10):e6403. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/ccr3.6403>

UDC 616-071+616.5

CLINICAL CASE OF CUTIS VERTICIS GYRATA

V.Ye. Tkach, O.D. Aleksandrak, M.S. Voloshynovych, G.Ye. Girnyk, N.V. Kozak

*Ivano-Frankivsk National Medical University,
Department of Dermatology and Venereology,
Ivano-Frankivsk, Ukraine,
ORCID ID: 0000-0001-5560-3923,
e-mail: tkach_yasyl@ukr.net,
ORCID ID: 0000-0003-1580-9286,
e-mail: odaleksandrak@ukr.net,
ORCID ID: 0000-0001-7619-2289,
e-mail: mvoloshynovych@gmail.com,
ORCID ID: 0000-0002-9353-6490,
e-mail: galingir@ukr.net,
ORCID ID: 0000-0002-3190-5238,
e-mail: nkozak@ifnmu.edu.ua*

Abstract. Cutis verticis gyrata (CVG) is a descriptive term for a rare benign skin condition characterized by the formation of tortuous folds and deep furrows that mimic the gyri of the brain because of excessive skin growth. It is observed mainly in men. The first clinical case of the disease was described in 1837 by Alibert J.

There are primary and secondary forms of CVG. Among the cases of primary CVG in 1984, Garden JM and Robinson JK further distinguished the essential and combined subtypes. The reason for the appearance of the essential form is not known. Primary combined CVG can accompany neuropsychiatric disorders, cerebral palsy, epilepsy, seizures, and ophthalmological abnormalities, most commonly cataracts. Secondary CVG occurs as a result of chronic inflammation, such as hysteria, lymphostasis, elephantiasis, eczema, psoriasis, folliculitis, atopic dermatitis, etc. In case of secondary CVG, the lower extremities are more often affected, the skin is congested-red, cyanotic, dense, swollen. Papillomatous growths, layering of crusts and scales are often visible against the background of changed skin.

Given the rarity of this disease (it was diagnosed for the first time in our more than 50 years of dermatological practice), we report a clinical case of CVG.

Case Presentation. Patient P., 27 years old, complained of wrinkles and increased mobility of the skin of the scalp. He noticed the first manifestations of the disease at the age of 17, but did not pay attention, believing that these were individual features of the skin structure. For the last 3-4 years in a row, he noticed a thickening and increase in the size of the folds of the skin on the scalp, growing mobility. The skin, according to the patient, had the appearance of ribs.

During the dermatological examination, the skin is of normal color, turgor and elasticity are preserved, sweat and sebum secretion is moderate. Skin appendages are without pathological changes. The skin of the scalp is uniformly covered with thick hair, hyperelastic, pronounced transverse deep linear furrows resembling brain convolutions are visible.

When using dermoscopy without a light-conducting liquid, the vascular pattern is hardly visible, on the surface there is small lamellar peeling. However, after its application, areas of clearly visible vessels of the superficial vascular plexus of the skin, which coincide with the location of the furrows, are determined.

The patient was examined; no pathology was detected on the part of internal organs and heart. The results of ultrasound of the thyroid gland and organs of the

abdominal cavity were without pathological changes. General analysis of blood, urine, blood sugar within the normal range. Biochemical indicators of liver and kidney function without deviations. The patient is recommended to have a periodic examination by a dermatologist. With increasing clinical manifestations - surgical removal of skin folds.

Conclusions. The described clinical case of CVG is of considerable interest to dermatologists, pediatricians, and geneticists as a rare new developmental disease. In our report, the clinical picture of changes on the skin is illustrated, and differential diagnosis with dermatoses that are closest in clinical manifestations is briefly carried out.

Keywords: cutis verticis gyrata, hypertrophy and hyperplasia of the skin.

Стаття надійшла в редакцію 01.03.2023 р.

Стаття прийнята до друку 28.03.2023 р.