



Σπογγοειδής Μυκητίαση (MF) vs Δακτυλιοειδής Λειχνοειδής Δερματίτιδα της Παιδικής Ηλικίας (ALDY) – Παρουσίαση Περιστατικού με διθημένη πλάκα στο υπογάστριο σε κορίτσι 4 ετών

Ιωάννα Λάκουρα¹, Ελένη Ρεμουντάκη¹, Λεωνίδας Μαρίνος², Αλέξανδρος Στρατηγός¹

¹Α' Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων, Ε.Κ.Π.Α. – Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

²Αιμοπαθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Mycosis Fungoides (MF) vs Annular Lichenoid Dermatitis of Youth (ALDY) – Case Presentation with infiltrated plaque on the hypogastrium in a 4-year old girl

Ioanna Lakoura¹, Eleni Remoundaki¹, Leonidas Marinos², Alexandros Stratigos¹

¹1st Department of Dermatology – Venereology, N.K.U.A. – “Andreas Syggros” Hospital

²Hematopathology Department, G.H.A., “Evangelismos” Hospital

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σπογγοειδής μυκητίαση (MF) είναι ο κυριότερος εκπρόσωπος των πρωτοπαθών δερματικών Τ-κυτταρικών λεμφωμάτων. Ωστόσο είναι σπάνια στον παιδιατρικό πληθυσμό. Οι περισσότερες περιπτώσεις παιδιατρικής MF παρουσιάζονται με υπόχρωμες κηλίδες ή/και διάφορες άλλες μορφές, οι οποίες συχνά μιμούνται κοινές δερματοπάθειες της παιδικής ηλικίας, προκαλώντας έτσι καθυστέρηση στη διάγνωση.¹ Μία άλλη οντότητα, η οποία μπαίνει συχνά στη διαφορική διάγνωση της σπογγοειδούς μυκητίασης στα παιδιά είναι η δακτυλιοειδής λειχνοειδής δερματίτιδα της παιδικής ηλικίας (ALDY). Περίπου 20 χρόνια μετά την πρώτη περιγραφή της, η ALDY αναγνωρίζεται ως μια ξεχωριστή λειχνοειδής δερματοπάθεια με συγκεκριμένα κλινικά και ιστολογικά ευρήματα, όπως η μαζική νέκρωση / απόπτωση των κερατινοκυττάρων, που είναι παθολογικό χαρακτηριστικό.²

Στο άρθρο αυτό παρουσιάζουμε ένα ενδιαφέρον περιστατικό από το Παιδοδερματολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός», στο οποίο με βάση την κλινική εικόνα θα ταίριαζε η διάγνωση τόσο της MF όσο και της ALDY. Όμως τα ιστολογικά ευρήματα καθιστούν περισσότερο πιθανή τη διάγνωση της σπογγοειδούς μυκητίασης.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: Σπογγοειδής μυκητίαση, δακτυλιοειδής λειχνοειδής δερματίτιδα της παιδικής ηλικίας, διθημένη πλάκα



ABSTRACT

Mycosis Fungoides (MF) is the most common type of cutaneous T-cell lymphoma. However, it is rare in pediatric population. Most of the cases of pediatric MF present with hypopigmented patches and/or various other forms, which may often mimic common childhood dermatoses, thereby causing a delay in the diagnosis.¹ Another entity that is often included in the differential diagnosis of MF in children is Annular Lichenoid Dermatitis of Youth (ALDY). About 20 years after its first description, ALDY is recognized as a distinctive lichenoid dermatosis with specific clinical and histological features, such as massive necrosis / apoptosis of keratinocytes, which is a pathognomonic feature.²

In this article, we present an interesting case from the Pediatric Dermatology Department of the “Andreas Sygros” Hospital, in which, based on the clinical picture, the diagnosis of both MF and ALDY could be possible. However, the histological findings make the diagnosis of Mycosis Fungoides more likely.

KEYWORDS: Mycosis fungoides (MF), annular lichenoid dermatitis of youth (ALDY), infiltrated plaque

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σπογγοειδής μυκητίαση είναι ο κυριότερος εκπρόσωπος των πρωτοπαθών δερματικών T-κυτταρικών λεμφωμάτων. Ωστόσο είναι σπάνια στον παιδιατρικό πληθυσμό. Στην παιδική ηλικία είναι πιο συχνή η υπομελανωτική μορφή με παρουσία υπόχρωμων πλακών. Μπορεί όμως να εμφανιστεί και με ποικίλους άλλους τύπους που μιμούνται δερματοπάθειες της παιδικής ηλικίας, όπως pityriasis alba, έκζεμα, ψωρίαση, λεύκη κλπ, προκαλώντας καθυστέρηση στη διάγνωση. Παρ' όλα αυτά στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η διάγνωση τίθεται σε πρώιμα στάδια (IA, IB, IIA) και έχει καλή πρόγνωση¹.

Η δακτυλιοειδής λειχνοειδής δερματίτιδα της παιδικής ηλικίας αποτελεί μία σχετικά καινούρια οντότητα στη δερματολογία. Εμφανίζεται κυρίως σε άτομα νεαρής ηλικίας σε όλο τον κόσμο, έχει χρόνια πορεία και μία ασαφή αιτιοπαθογένεια. Η διαφορική της διάγνωση περιλαμβάνει κυρίως την εντοπισμένη σκληροδερμία (Morphea), δακτυλιοειδή ερυθήματα, φλεγμονώδεις περιπτώσεις λεύκης καθώς και τη σπογγοειδή μυκητίαση².

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Στο άρθρο αυτό παρουσιάζουμε ένα περιστατικό από το Παιδοδερματολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός», το οποίο παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Πρόκειται για ένα κορίτσι 4 ετών, το οποίο προσήλθε στο Παιδοδερματολογικό Ιατρείο του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» παρουσιάζοντας μια μονήρη διηθημένη πλάκα στην περιοχή του υπογαστρίου με ει-

κόνα κεντρικής ίασης και επίταση στην περιφέρεια με παρουσία ιώδους δακτυλίου (Εικόνα 1). Η βλάβη ήταν ασυμπτωματική (ανώδυνη, χωρίς συνοδό κνησμό) με απουσία απολέπισης.

Σύμφωνα με το ιστορικό η συγκεκριμένη βλάβη υπήρχε από τη γέννηση στο σημείο αυτό, σε μικρότερο μέγεθος και παρουσίαζε σταδιακή αύξηση του μεγέθους της ανάλογη της ανάπτυξης του παιδιού. Στη δερματική βλάβη είχε εφαρμοστεί με οδηγίες του θεράποντα παιδίατρου περιστασιακά κάποιο τοπικό κορτικοστεροειδές, χωρίς όμως να παρατηρηθεί βελτίωση της κλινικής εικόνας.

Με βάση την εικόνα της δερματικής βλάβης η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει κατά κύριο λόγο τα παρακάτω νοσήματα:

- Δακτυλιοειδές κοκκίωμα
- Εντοπισμένη σκληροδερμία (Morphea) σε αποδρομή
- Σπογγοειδής μυκητίαση (MF)
- Δακτυλιοειδής λειχνοειδής δερματίτιδα της παιδικής ηλικίας (ALDY)

Προς διερεύνηση του εξανθήματος πραγματοποιήθηκε βιοψία από την περιφέρεια της βλάβης (όχθο). Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε μία μέτριας πυκνότητας λεμφοκυτταρική διήθηση του χορίου, με περιαιγγειακή και διάσπαρτη κατανομή. Τα λεμφοκύτταρα ήταν μικρά με υπερχρωματικούς πυρήνες και είχαν ανοσοφαινοτυπικό προφίλ CD3+, CD4+, CD8+, CD7+ (χωρίς υπεροχή CD4 ή CD8 T-κυτταρικού πληθυσμού). Η εν λόγω διήθηση είχε έντονο επιδερμοτροπικό, αλλά και θυλακιοτροπικό χαρακτήρα και συνοδευόταν από διάσπαρτη παρουσία μελανινοφάγων κυττάρων (pigment incontinence). Η επιδερμίδα παρουσίαζε ήπια υπερχρωμασία με ακανόνιστη ακάνθωση και υπερκεράτωση.



ΕΙΚΟΝΑ 1 | Διηθημένη πλάκα υπογαστρίου με εικόνα κεντρικής ίασης και παρουσία ιώδους δακτυλίου στην περιφέρεια.

Τα παραπάνω ευρήματα, σε αυστηρά ιστολογικό επίπεδο, δημιούργησαν έντονο προβληματισμό για το ενδεχόμενο σπογγοειδούς μυκητίασης (unilesional mycosis fungoides), κυρίως με βάση τη μορφολογία των λεμφοκυττάρων, αλλά και την παρουσία επιδερμοτροπισμού / θυλακιοτροπισμού. Εν τούτοις σε ανοσοφαινοτυπικό επίπεδο δεν παρατηρήθηκαν αποκλίσεις, ενώ είναι γνωστή βιβλιογραφικά και η αλληλοεπικάλυψη της ιστολογικής εικόνας της σπογγοειδούς μυκητίασης με κάποιες μορφές καλοήθους λειχηνοειδούς υπερκεράτωσης (μονήρης μορφή ομαλού λειχήνα).

Ως εκ τούτου διενεργήθηκε DNA (PCR) ανάλυση του υλικού της βιοψίας για διερεύνηση T- κλωνικότητας. Κατά την ηλεκτροφόρηση του προϊόντος της PCR ανάλυσης για T- κλωνικότητα σε πήκτωμα αγαρόζης ανιχνεύθηκε ασθενέστατα θετική αναπαραγωγίμη ζώνη, εύρημα υπαινικτικό, αλλά όχι παθογνωμονικό παρουσίας T- νεοπλασματικού λεμφοκυτταρικού πληθυσμού. Με βάση το συγκεκριμένο εύρημα η εν λόγω δερματική βλάβη εξακολουθούσε να έχει διαφοροδιαγνωστικό προβληματισμό και συνεστήθη παρακολούθηση και επανεκτίμηση.

Με βάση τα ανωτέρω θεωρήθηκε ως πιο πιθανή διάγνωση η σπογγοειδής μυκητίαση και συγκεκριμένα η μονοβλαβική μορφή (unilesional MF). Χορηγήθηκε αγωγή με τοπικά κορτικοστεροειδή (κρέμα μεθυλοπρεδνιζολόνης) σε συγκεκριμένο σχήμα και συνεστήθη επανεκτίμηση σε 3 μήνες με κλινική δερματολογική εξέταση και διενέργεια βιοψιών και PCR ανάλυσης για τον έλεγχο ανάπτυξης T-κλωνικότητας προκειμένου να τεθεί η εν λόγω διάγνωση με ασφάλεια.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σπογγοειδής μυκητίαση (MF) είναι ο κυριότερος εκπρόσωπος των πρωτοπαθών δερματικών T-κυτταρικών λεμφωμάτων. Ωστόσο είναι σπάνια στον παιδιατρικό πληθυσμό. Καθώς τα παιδιά εμφανίζουν κυρίως πρώιμες μορφές MF, παρατηρείται κυρίως το στάδιο των πλακών. Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν την υπομελανωτική μορφή ως την κυρίαρχη παραλλαγή, η οποία ευθύνεται για σχεδόν το 55–100% των περιπτώσεων. Άλλες συχνές παραλλαγές είναι η κλασική MF, η οποία μπορεί να ευθύνεται για το 15–40% των περιπτώσεων, η θυλακιοτρόπος MF (3,36%) και η ποικιλοδερματική MF (5–26%). Επίσης υπάρχουν μερικές ασυνήθιστες μορφές που έχουν αναφερθεί σε παιδιά, συμπεριλαμβανομένης της MF που μοιάζει με χρόνια λειχηνοειδή πιτυρίαση (PLC), της μονοβλαβικής MF (unilesional MF), της MF με εικόνα μελαγχρωματικής πορφυρικής δερματοπάθειας, της κοκκιωματώδους MF, της ιχθυασιόμορφης MF, της υπερμελαγχρωματικής MF καθώς και της MF με ενδοστοματικές εκδηλώσεις (Πίνακας 1). Δίκαια λοιπόν θεωρείται η σπογγοειδής μυκητίαση ως ένας από τους μεγάλους μιμητές στη δερματολογία^{1,3,4}.

Στα παιδιά, η επιμονή και μη ανταπόκριση στη θεραπεία διάφορων υπομελανωτικών, βλατιδολεπιδωδών και πορφυρικών βλαβών θα πρέπει να εγείρει την υποψία για σπογγοειδή μυκητίαση και να την θέτει στη διαφορική διάγνωση. Η διάγνωση της MF στα παιδιά βασίζεται επομένως στη συσχέτιση κλινικών, ιστοπαθολογικών και, εάν είναι απαραίτητο, πρόσθετων εξετάσεων όπως οι ακτινολογικές εξετάσεις, η κυτταρομετρία ροής

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1** Κυριότεροι υπότυποι της MF στον παιδιατρικό πληθυσμό.

| Common | Uncommon |
|--|--|
| 1. Hypopigmented MF 2. Classical MF (15-40%) 3. Folliculotropic MF (3-36%) 4. Poikilodermatous MF (5-26%) | 1. Pityriasis lichenoides-like MF (55-100%) 2. Unilesional MF 3. PPD-like (pigmented purpuric dermatosis) MF 4. Granulomatous MF 5. Ichthyosiform MF 6. Hyperpigmented MF 7. Intraoral MF 8. MF with large cell transformation 9. MF post organ transplant |
| MF, mycosis fungoides | |

και οι μοριακές βιολογικές μέθοδοι. Επεμβατικές μέθοδοι, όπως η βιοψία δέρματος, στην περίπτωση παιδιών μικρής ηλικίας μπορεί να προκαλέσουν διαγνωστική δυσκολία και ως εκ τούτου θα πρέπει να πραγματοποιούνται σε περιπτώσεις υψηλής υποψίας^{5,6}.

Ιστοπαθολογικά οι περισσότερες περιπτώσεις παιδιατρικής σπογγειδούς μυκητίασης παρουσιάζουν επιδερμοτροπισμό, άτυπα λεμφοκύτταρα (82–100%) και λεμφοειδή κύτταρα με άλω στην επιδερμίδα. Τα μικροαποστημάτια του Pautrier μπορεί να παρατηρηθούν στο 16–60% των περιπτώσεων. Άλλα χαρακτηριστικά που παρατηρούνται στην ιστοπαθολογία περιλαμβάνουν την περιανγειακή και περιεξαρτηματική διήθηση, παρουσία ανομοιόμορφου λειχνοειδούς διηθήματος και ψωριασιόμοφη επιδερμική υπερπλασία.

Η ανοσοϊστοχημεία δείχνει επικράτηση των CD4+ T-λεμφοκυττάρων στο 50–70% των περιπτώσεων ενώ τα CD8+ T-λεμφοκύτταρα παρατηρούνται στο 20–67% των περιπτώσεων, πιο συχνά στην υπομελανωτική μορφή (έως 100%). Σε αντίθεση με την κλασική μορφή, η οποία έχει κυρίως φαινότυπο CD4+, η υπομελανωτική MF συχνά εμφανίζει φαινότυπο CD8+ T-λεμφοκυττάρων και θεωρείται καλός προγνωστικός δείκτης.

Η ανίχνευση κλωνικών αναδιατάξεων των γονιδίων του T-κυτταρικού υποδοχέα μέσω PCR στο υλικό της βιοψίας δέρματος είναι συχνή σε περιπτώσεις ενηλίκων ασθενών με MF. Ωστόσο, τα δεδομένα σε παιδιατρικές περιπτώσεις είναι ασαφή, με ορισμένες μελέτες να δείχνουν μηδενική ή μικρότερη κλωνικότητα που κυμαίνεται από 17–21%, ενώ άλλες έδειξαν υψηλότερο ποσοστό κλωνικότητας T-κυττάρων σε σχεδόν 70–83% των περιπτώσεων (Πίνακας 2). Υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ότι οι ασθενείς στους οποίους δεν ανιχνεύεται T-κλώνος έχουν καλύτερη ανταπόκριση σε στοχευμένες στο δέρμα θεραπείες^{7,8}.

Δεν υπάρχουν εδραιωμένες κατευθυντήριες οδηγίες για την παιδιατρική MF. Η φωτοθεραπεία με πο-

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Ευρήματα ιστολογικής εξέτασης, ανοσοϊστοχημείας και PCR ανάλυσης σε παιδιατρική MF.

| |
|---|
| 1. Epidermotropism (82-100%) |
| 2. Atypical lymphocytes (82-100%) |
| 3. Haloed lymphoid cells (86%) |
| 4. Pautrier's microabscess (16-60%) |
| 5. Perivascular and periadnexal infiltrate, patchy lichenoid infiltrate, psoriasiform epidermal hyperplasia (variable) |
| 6. CD4* T cells phenotype (50-70%) |
| 7. CD8* T cells phenotype (20-67%; more common in hypopigmented MF) 8. Clonal T-cell receptor gene rearrangements (variable; 17-21% and 70-83%) |
| IHC, immunohistochemistry; MF, mycosis fungoides; TCR, T-cell receptor. |

σοστό ανταπόκρισης >80% είναι μία καλά εδραιωμένη και αποτελεσματική θεραπεία στα παιδιά. Άλλες στοχευμένες στο δέρμα θεραπείες αποτελούν τα τοπικά κορτικοστεροειδή και ακολουθούν τοπικοί κυτταροστατικοί παράγοντες με κυριότερο εκπρόσωπο τη μεχλωραιθαμίνη (αζωτούχος μουστάρδα) καθώς και τοπικά ρετινοειδή, όπως η μεξαροτένη. Οι υποτροπές είναι συχνές μετά τη διακοπή της θεραπείας. Για το λόγο αυτό είναι αναγκαία η θεραπεία συντήρησης καθώς και η μακροχρόνια παρακολούθηση⁹.

Μία άλλη οντότητα, η οποία μπαίνει συχνά στη διάφορη διάγνωση της σπογγειδούς μυκητίασης στα παιδιά είναι η δακτυλιοειδής λειχνοειδής δερματίτιδα της παιδικής ηλικίας (ALDY). Περίπου 20 χρόνια μετά την πρώτη περιγραφή της, η ALDY αναγνωρίζεται ως μια ξεχωριστή λειχνοειδής δερματοπάθεια με συγκεκριμένα κλινικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά^{2,10}.

Κλινικά χαρακτηρίζεται από επίμονες ασυμπτω-

ματικές ερυθρηματώδεις κηλίδες και κυκλικές / οβάλ δακτυλιοειδείς πλάκες με ερυθροϊώδες όριο (χωρίς απολέπιση) και εικόνα κεντρικής υπομελάγχρωσης. Εντοπίζεται κυρίως στις βουβωνικές περιοχές καθώς και στις περιοχές της πλάγιας κοιλιακής χώρας. Ιστολογικά παρατηρείται μία ιδιαίτερου τύπου λειχνοειδής δερματίτιδα που χαρακτηρίζεται από πυκνή ταινιοειδή λεμφοκυτταρική διήθηση στο θηλώδες χόριο και στα κατώτερα στρώματα της επιδερμίδας με τη χαρακτηριστική μαζική νέκρωση / απόπτωση των κερατινοκυττάρων. Τα λεμφοκύτταρα του χορίου είναι συνήθως CD3+, CD4+, ενώ τα περισσότερα από τα ενδοεπιδερμικά T-λεμφοκύτταρα είναι CD8+. Η ανίχνευση κλωνικών αναδιατάξεων των γονιδίων του T-κυτταρικού υποδοχέα μετά από διενέργεια PCR στο υλικό της βιοψίας δέρματος αναδεικνύει πολυκλωνικότητα. Τα τοπικά κορτικοστεροειδή και οι αναστολείς καλσινευρίνης (Tacrolimus) αποτελούν τα πιο αποτελεσματικά φάρμακα για τη θεραπεία της ALDY.^{11,12}

Όσον αφορά στη δική μας περίπτωση η διάγνωση της δακτυλιοειδούς λειχνοειδούς δερματίτιδας της παιδικής ηλικίας μπορεί εύκολα να αποκλειστεί από την απουσία νέκρωσης / απόπτωσης των κερατινοκυττάρων στην ιστολογική εξέταση, εύρημα παθολογικού για τη συγκεκριμένη πάθηση. Παρ' όλα αυτά πρόκειται για μία οντότητα η οποία συχνά υποδιαγιγνώσκεται και θα πρέπει να την συμπεριλαμβάνουμε στη διαφορική διάγνωση επίμονων ασυμπτωματικών

δακτυλιοειδών βλαβών χωρίς απολέπιση μαζί με την εντοπισμένη σκληροδερμία (Morphea), το δακτυλιοειδές κοκκίωμα και τη σπογγοειδή μυκητίαση.

Στο περιστατικό που αναλύσαμε τα ιστολογικά και ανοσοϊστοχημικά ευρήματα καθώς και η DNA ανάλυση του υλικού της βιοψίας για την αναζήτηση μονοκλωνικού T-κυτταρικού πληθυσμού είχαν υπαινικτικό, αλλά όχι επιβεβαιωτικό χαρακτήρα για την τεκμηρίωση της διάγνωσης της σπογγοειδούς μυκητίας. Η παρουσία μικρών λεμφοκυττάρων με υπερχρωματικούς πυρήνες και ο έντονος επιδερμοτροπικός και θυλακιοτροπικός χαρακτήρας της λεμφοκυτταρικής διήθησης συνηγορούν υπέρ της σπογγοειδούς μυκητίας. Όμως η απουσία αποκλίσεων σε ανοσοφαινοτυπικό επίπεδο και η μη ανεύρεση παθολογικού κυρίαρχου κλώνου T-λεμφοκυττάρων δημιουργεί προβληματισμό και δεν μπορεί να τεθεί με απόλυτη βεβαιότητα η διάγνωση της σπογγοειδούς μυκητίας, παρά μόνο πιθανολογικά.

Με βάση τις μελέτες που αναφέρθηκαν ανωτέρω υπάρχει ένα αξιόλογο ποσοστό περιπτώσεων παιδιατρικής MF στις οποίες δεν ανιχνεύεται κλωνικότητα T-κυττάρων, κάτι που θα μπορούσε να οφείλεται πιθανόν στη χαμηλή ευαισθησία της μεθόδου. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι μπορεί να χρειαστούν αρκετές επαναληπτικές βιοψίες ώσπου το νόσημα να πάρει τη χαρακτηριστική του μορφή και να τεθεί και επίσημα η διάγνωση της σπογγοειδούς μυκητίας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Kothari R, Szepietowski JC, Bagot M, Sandhu S, Patil A, Grabbe S, Goldust M. Mycosis fungoides in pediatric population: comprehensive review on epidemiology, clinical presentation, and management. *Int J Dermatol*. 2022 Dec;61(12):1458-1466. doi: 10.1111/ijd.16098. Epub 2022 Feb 22. PMID: 35193164.
- Annessi G, Annessi E. Annular Lichenoid Dermatitis (of Youth). *Dermatopathology*. 2022; 9(1):23-31. <https://doi.org/10.3390/dermatopathology9010004>
- Fink-Puches R, Chott A, Ardigo M, et al. The spectrum of cutaneous lymphomas in patients less than 20 years of age. *Pediatr Dermatol* 2004; 21: 525-553.
- Cepi F, Pope E, Ngan B, et al. Primary cutaneous lymphomas in children and adolescents. *Pediatr Blood Cancer* 2016; 63:1886-1894.
- Wu JH, Cohen BA, Sweren RJ. Mycosis fungoides in pediatric patients: clinical features, diagnostic challenges, and advances in therapeutic management. *Pediatr Dermatol* 2020; 37:18-28.
- Hodak E, Amitay-Laish I, Feinmesser M, et al. Juvenile mycosis fungoides: cutaneous T-cell lymphoma with frequent follicular involvement. *J Am Acad Dermatol* 2014; 70: 993-1001.
- Rodney IJ, Kindred C, Angra K, et al. Hypopigmented mycosis fungoides: a retrospective clinicohistopathologic study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017; 31: 808-814.
- Zackheim HS, McCalmont TH. Mycosis fungoides: the great imitator. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47: 914-918.
- Laws PM, Shear NH, Pope E. Childhood mycosis fungoides: experience of 28 patients and response to phototherapy. *Pediatr Dermatol* 2014; 31: 459-464.
- Annessi G.; Paradisi M.; Angelo C.; Perez M.; Puddu P.; Girolomoni G. Annular lichenoid dermatitis of youth. *J. Am. Acad. Dermatol*. 2003, 49, 1029-1036.
- Kazlouaskaya, V.; Trager, J.D.; Junkins-Hopkins, J.M. Annular lichenoid dermatitis of youth: A separate entity on the spectrum of mycosis fungoides? Case report and review of the literature. *J. Cutan. Pathol*. 2015, 42, 420-426.
- Cesinaro, A.M. Annular lichenoid dermatitis (of youth): Report of a case with lichenplanus-like features. *Am. J. Dermatopathol*. 2017, 39, 914-915.

Συγγραφέας Αλληλογραφίας

Ιωάννα Λάκουρα

Ειδ. Δερματολογίας – Αφροδισιολογίας
Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Αφροδισίων και
Δερματικών Νόσων «Α. Συγγρός»
ilakouramail@gmail.com