

Рак кожи

Кафедра онкологии с курсом торакальной
хирургии ФПК и ППС КубГМУ
проф. Бахмутский Н.Г.

Заболеваемость

- В США ежегодно регистрируется свыше 400 тыс. новых случаев РК, самый частый вид злокачественных опухолей
- В Германии число больных удваивается каждые 15 лет.

Заболеваемость в России (за 2014 г.)

- РК является ведущим онкологическим заболеванием в общей (оба пола) структуре и составляет 12,6%, с меланомой – 14,2%.
- Среди мужского населения занимает третье место - 10,1%, с меланомой – 11,5, среди женского на втором - 14,6%, с меланомой – 16,6%
- Краснодарский край за 2014 год заболело 4346 чел (ст пок. 40,82), мужчин - 1764 (44,82), женщин -2582 (38,91) , в структуре общей заболеваемости также находится на 1-ом месте.

Факторы риска

Экзогенные

- УФ-излучение. Чаще встречается у людей длительно подвергающимся инсоляции. Это – крестьяне, моряки, рыбаки или жители южных стран. Кожа, содержащая значительное количество пигмента более устойчива к онкогенному действию УФ, что обусловлено его экранирующим действием. Высока степень развития рака у светлокожих, рыжих, блондинов, с голубыми или серыми глазами.
- Ионизирующее излучение, продукты переработки каменноугольной смолы, мышьяк.
- Предыдущие травмы, термические и химические ожоги, трофические язвы
- Хронические воспалительные заболевания – длительно незаживающие язвы, рубцы и свищи.
- Рубцы на фоне туберкулёза кожи, сифилиса, красной волчанки.

Факультативные предраки кожи.

- Солнечный кератоз. Множественные сгруппированные, плотные очаги гиперкератоза на фоне атрофии кожи и солнечного эластоза в области лба, носа, щёк, висков, красной каймы, ушных раковин, тыла кистей. Озлокачествление 1:1000.
- Мышьяковый кератоз. Грязно-серые папулы с гиперкератозом, величиной до горошины. На ладонях, подошвах, пальцах, тыле кистей, проксимальных участках конечностей. Озлокачествляется в 20%.
- Поздний рентгеновский дерматит. Пёстрая клиническая картина – участки гипер и депигментации, атрофия, рубцы, телеангиоэктазии, незаживающие язвы.

Факультативные предраки кожи.

- Бовеноидный папулёз. ВПЧ-16. Солитарные или множественные папулы 0,2-3,3см цвета нормальной кожи или буровато-коричневой окраски, тестоватой консистенции с гладкой или бородавчатой поверхностью, иногда корочки. Локализация – половые органы, перианальная область.
- Верруциформная эпидермодисплазия Левандовского-Лютца. ВПЧ. Редкий генодерматоз. Множество пигментных пятен, бородавок, плоских розового или коричневого цвета. Локализация-лицо, шея, дистальные отделы конечностей с тенденцией к распространению по всему кожному покрову.

Факультативные предраки кожи.

- Гигантская кондилома Бушке-Левенштейна. Крупный вариант остроконечной кондиломы. Локализация – перианальная область, паховая, аноректальная, половые органы.
- Кератоакантома (сальный моллюск, роговой моллюск) – солитарная опухоль куполообразной формы диаметром до 2см с центральной «псевдоязвой», заполненной роговыми массами. Периферическая валикообразная зона плотной консистенции, кожа над ней растянута с наличием телеангиоэктазий. Цикличность течения со сменой фаз роста, стабилизации и инволюции.
- Кожный рог – плотное конусовидное образование, спаянное с кожей, вариант солнечного кератоза.

Солнечный (старческий) кератоз



Кератоакантома. Кожный рог.



Профилактика

- Закрытие открытых участков тела
- Применение питательных кремов
- Лечение хронических язв и свищей
- Предохранение рубцов
- Соблюдение правил безопасности при работе с вредными веществами
- Лечение предраковых заболеваний

Облигатные предраки кожи

- Пигментная ксеродерма (xeroderma pigmentosum) - xeros - сухой, derma - кожа (греч)
- Болезнь Боуэна
- Эритроплазия Кейра
- Болезнь Педжета

Пигментная ксеродерма

- Хроническая врождённая дистрофия кожи, описанная в 1870 году Капоши, связанная с конституциональной сверхчувствительностью кожи к солнечной радиации. В раннем детстве в летний период на открытых частях тела появляются красные пятна, шелушение, сухость. В дальнейшем возникают атрофические пятна, телеангиоэктазии, различная степень пигментации в виде лентиго и веснушек. На отдельных участках появляются трещины, гиперкератоз, папилломатозные разрастания. Заключительной фазой является развитие рака.

Болезнь Боуена



- Внутридермальный, плоскоклеточный рак кожи. Солитарные, реже множественные очаги. На любых участках кожи. Вначале мелкие красные пятна или инфильтрированная бляшка. Чешуйки легко удаляются без кровотечения. Постепенно приподнимается над кожей, приобретает гиперкератотическую поверхность. Клинические признаки – неравномерный рост по периферии, пестрота за счёт атрофии, гиперкератоз, папилломатозные разрастания.

Эритроплазия Кейра

- Рак in situ.
Бессимптомная, мягкая слегка инфильтрированная, чётко очерченная, красная блестящая бляшка неправильной формы с бархатистой или блестящей поверхностью.
Встречается на слизистых оболочках, чаще на головке полового члена



Болезнь Педжета

- Поражение кожи вне ареолы и соска наблюдается крайне редко, обычно в области половых органов, промежности. Заболевание проявляется экземоподобным поверхностным изъязвлением кожи с образованием тёмно-красной, местами покрытой корками поверхностью. Рубцевания при этом не происходит, зона экзематозного поражения расширяется.

Патоморфология рака кожи

- Базальноклеточный
- Плоскоклеточный (спиноцеллюлярный)
- Метатипичный (смешанный, базально-плоскоклеточный)
- Недифференцированный (анаплазированный)

Классификация

- Определение категории T (первичная опухоль).
- Tx - недостаточно данных для оценки первичной опухоли.
- T0 - первичная опухоль не определяется.
- Tis- преинвазивная карцинома (carcinoma in situ).
- T1 - опухоль до 2 см в наибольшем измерении.
- T2 - опухоль до 5 см в наибольшем измерении.
- T3 - опухоль более 5см в наибольшем измерении.
- T4 - опухоль, прорастающая в глубокие экстрадермальные структуры.
- В случае синхронного развития множественных опухолей классификация производится по наибольшей, а число опухолей указывается в скобках - T2(5).

Классификация

- Определение категории N.
- Nx - недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфоузлов.
- N0 - нет признаков метастатического поражения регионарных лимфоузлов.
- N1 - регионарные лимфоузлы поражены метастазами

Классификация

- G Гистопатологическая дифференцировка
 - Gx - степень дифференцировки не может быть установлена
 - G1 - высокая степень дифференцировки
 - G2 - средняя степень дифференцировки
 - G3 - низкая степень дифференцировки
 - G4 - недифференцированные опухоли

Классификация

- Группировка по стадиям.

- Стадия I T₁ N₀ M₀
- Стадия II T_{2,3} N₀ M₀
- Стадия III T₄ N₀ M₀
- любая T N₁ M₀
- Стадия IV любая T любая N M₁

Базалиома

- Этиология.
- УФ (В спектр 290-320нм) излучение вызывает повреждение генома, включая обрывы цепочки ДНК, активирует онкогены и инактивирует гены-супрессоры
- Наследственные особенности кожного покрова, фоточувствительность тканей (светлая кожа). Мутации гена РТСН, кодирующий трансмембранный белок – регулятор дифференцировки и роста клеток.
- Иммунная система. Иммунодефицит у больных базалиомой, характеризуется преимущественным поражением клеточного звена (CD4/CD8), за счёт обеднения пула CD8, обладающими иммуносупрессивными функциями. Обеднение Т-лимфоцитами.

Базалиома. Клиническая картина.

- ❑ 86,5% - солитарные узлы
- ❑ Типичная локализация область головы (лицо – до 96,5%, особенно кожа носа, носогубная складка, периорбитальная область, лоб, виски, ушные раковины). Кожа туловища – до 12,7%, конечности – до 7%.
 - ❑ Клинические формы:
 - ❑ Нодулярная
 - ❑ Поверхностная
 - ❑ Склеродермоподобная
 - ❑ Фиброэпителиальная форма

Клинические формы базалиомы

- Нодулярная форма делится на микронодулярную, макронодулярную, конглобатную, инфильтративную, пигментную, язвенную и кистозную. Классической является микронодулярная форма, составляющая 75% всех базалиом. Характеризуется образованием «классических» первичных элементов опухоли – восковидных, округлых, гладких, плотных узелков диаметром 2-5мм, расположенных изолированно или в виде кольца, которые в результате длительного преобразования формируют опухолевый очаг диаметром до 2см. Центральная часть может покрываться геморрагической корочкой, при отделении которого появляется кровотечение из поверхностного язвенного дефекта. Базалиома может быть язвенной или пигментной.

Базалиома, микронодулярная форма, язвенная
разновидность.



Базалиома, макронодулярная форма
(узловатая)



Базалиома. Макронодулярная форма.



Copyright © 2004, 2000, 1995 by Elsevier Inc.

Базалиома. Макронодулярная форма.



Copyright © 2004, 2000, 1995 by Elsevier Inc.

Клинические формы базалиомы

- Поверхностная форма – характеризуется округлым, бляшковидным, поверхностным очагом, желтовато-розового или красновато-бурого цвета диаметром 2-4см, но может достигать 30см и больше. На поверхности выражены чешуйки, корочки, участки гипопигментации. При многолетнем течении на поверхности могут появиться папилломатозные разрастания, изъязвления.
- Склеродермоподобная – агрессивная форма в виде инфильтративной твёрдой бляшки с желтоватой восковидной поверхностью и телеангиоэктазиями. В поздних стадиях возможно изъязвление.
- Фиброэпителиальная форма - редкая, протекает доброкачественно, в виде солитарного, плоского или полушаровидного узла плотноэластической консистенции диаметром 1-2,5см, напоминающий фиброму. Локализация на туловище

Базалиома. Поверхностная форма.



Copyright © 2004, 2000, 1995 by Elsevier Inc.

Плоскоклеточный рак кожи.

- Клинически выделяют опухолевый и язвенный типы.
- Опухолевый тип характеризуется узлом или бляшкой красно-розового цвета, покрытыми корками, роговыми массами или бородавчатыми разрастаниями. Прорастает в глубокие отделы кожи п/жировую клетчатку. Папилломатозная форма характеризуется коричнево-красными грибовидными элементами на широком основании, без гиперкератоза, что напоминает цветную капусту.
- Язвенный тип бывает поверхностным и глубоким. Поверхностный растёт по периферии, характеризуясь поверхностной язвой неправильной формы с чёткими краями. Глубокая разновидность распространяется и по периферии и вглубь, отличается язвой с крутыми подрытыми краями, дно которой сальное, бугристое, желтовато-красного цвета с белым налётом.

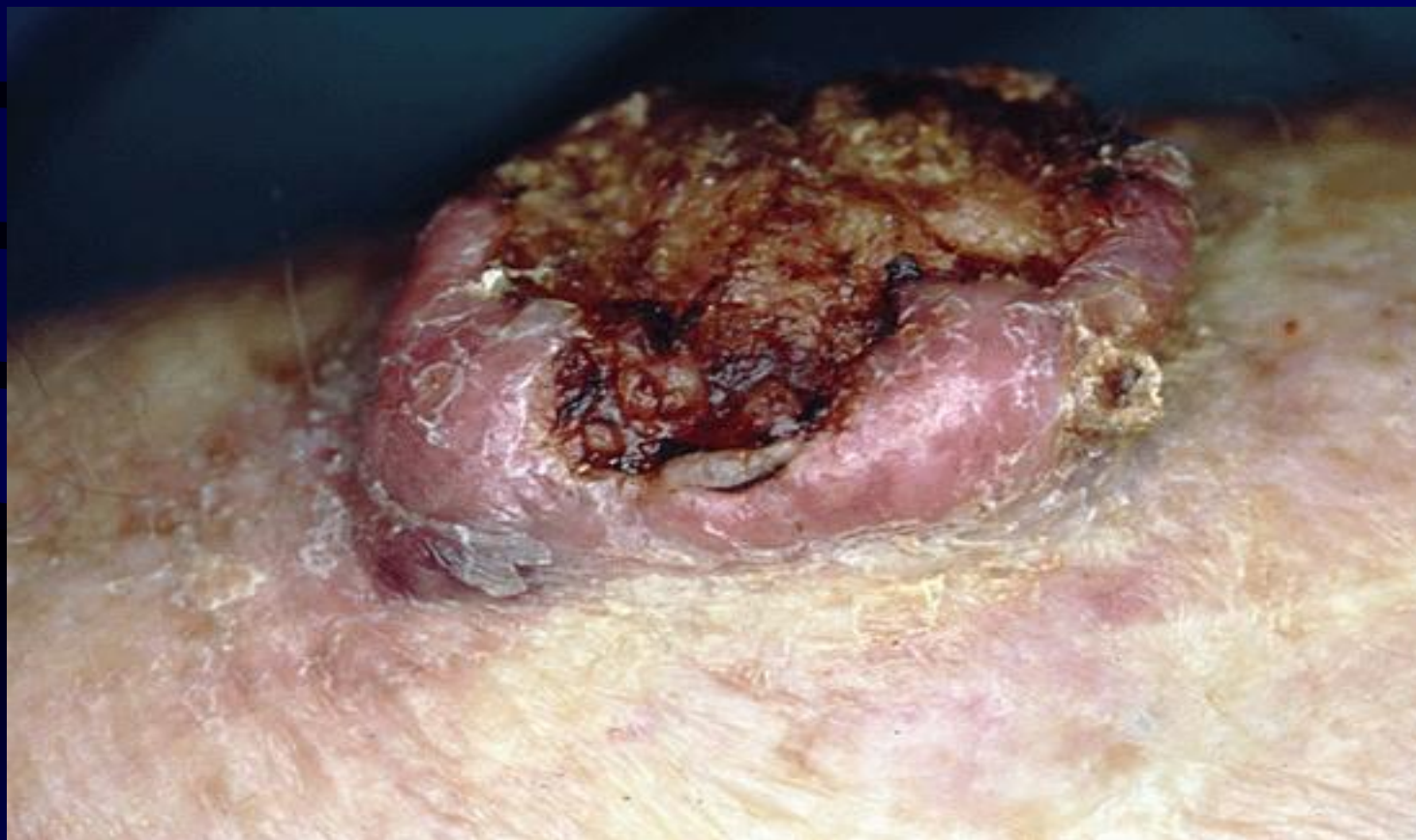
Плоскоклеточный рак (Язвенный тип)



Плоскоклеточный рак (опухолевый тип)



Плоскоклеточный рак (язвенный тип, глубокая разновидность)



Диагностика

- Изучение жалоб и анамнеза (возраст, предшествующие изменения кожи, влияние профессиональных вредностей, последовательность фаз развития)
- Визуальные данные (выявление инфильтрата или язвы с характерными валикообразными краями)
- Цитологическая (отпечатки с изъязвленной поверхности, пунктат из неизъязвленной опухоли) и гистологическая (биопсия)

Методы лечения базалиом

- Выбор метода лечения базалиом и его эффективность часто зависят от характера опухоли (первичная, рецидивная), ее клинικο-морфологической характеристики, количества очагов, их локализации, размеров опухоли и глубины инвазии, возраста больных и наличия у них сопутствующих заболеваний и др.
- Хирургическое (хирургия по Mohs)
- Лучевое
- Криодеструкция
- Лазерная деструкция
- Фотодинамическая терапия
- Комбинированное
- Химиотерапия

Методы лечения базалиом

- Хирургический метод заключается в иссечении опухоли в пределах 1,5-2 см окружающей здоровой кожи, дает значительный процент ее рецидивирования.
- Этот недостаток устраняется при микрографической хирургической технике по F.E. Mohs, заключающейся в послойном удалении опухоли с гистологическим исследованием криостатных срезов каждого слоя опухоли.
- Широкому внедрению метода F.E. Mohs в практику препятствует его трудоемкость.

Методы лечения базалиом

- Лучевая терапия включает близкофокусную рентгенотерапию, гамма- и электронную терапию.
- Близкофокусную рентгенотерапию используют в основном при невозможности радикального удаления опухоли другими методами, суммарная доза - 60 Гр. Не используют при кровоточащих язвенных базалиомах, больших размерах опухоли, склеродермоподобной форме, у молодых пациентов и при тяжелых сопутствующих заболеваниях.
- Гамма и электронная терапия не получили ещё достаточного распространения

Методы лечения базалиом

- **Криодеструкция** — распространенный метод лечения в амбулаторных условиях, заключающийся в разрушении опухоли замораживанием жидким азотом. Продолжительность воздействия зависит от формы базалиомы, ее величины, глубины проникновения в ткани. Криодеструкцию проводят в течение 30-180 с с захватом 1-1,5 см окружающей опухоль ткани. Криотерапию обычно используют при поверхностных формах базалиомы площадью до 3 см², при микронодулярной, язвенной разновидностях в случае резкой очерченности опухолевых границ и глубине проникновения до 3 мм.

Методы лечения базалиом

- Лазеротерапия - разрушение опухоли с помощью лазерного излучения (углекислый и неодимовый лазеры), вызывающего коагуляционный некроз тканей. Характеризуется высокой эффективностью и хорошим косметическим эффектом. Однако этот метод в основном используется при поверхностной и микронодулярной формах базалиом, нередко в комбинации с иммуномодуляторами и стимуляторами гемопоэза.

Методы лечения базалиом

- ФДТ – метод, основанный на способности фотосенсибилизатора избирательно накапливаться и удерживаться в опухоли и при воздействии света с длиной волны, соответствующей пику поглощения фотосенсибилизирующего вещества, генерировать синглетный кислород, оказывающий токсический эффект на опухолевые клетки.
- Показания: множественные поверхностные опухоли, особенно при локализации, не позволяющей использовать другие методы, резистентные к другим видам терапии.
- ФДТ требует соблюдения больным ограниченного светового режима, специальной защитной одежды, адекватного обезболивания, т.к. при опухолях большого размера и глубоко расположенных, болезненность, может быть сильной (из-за некроза)

Методы лечения базалиом

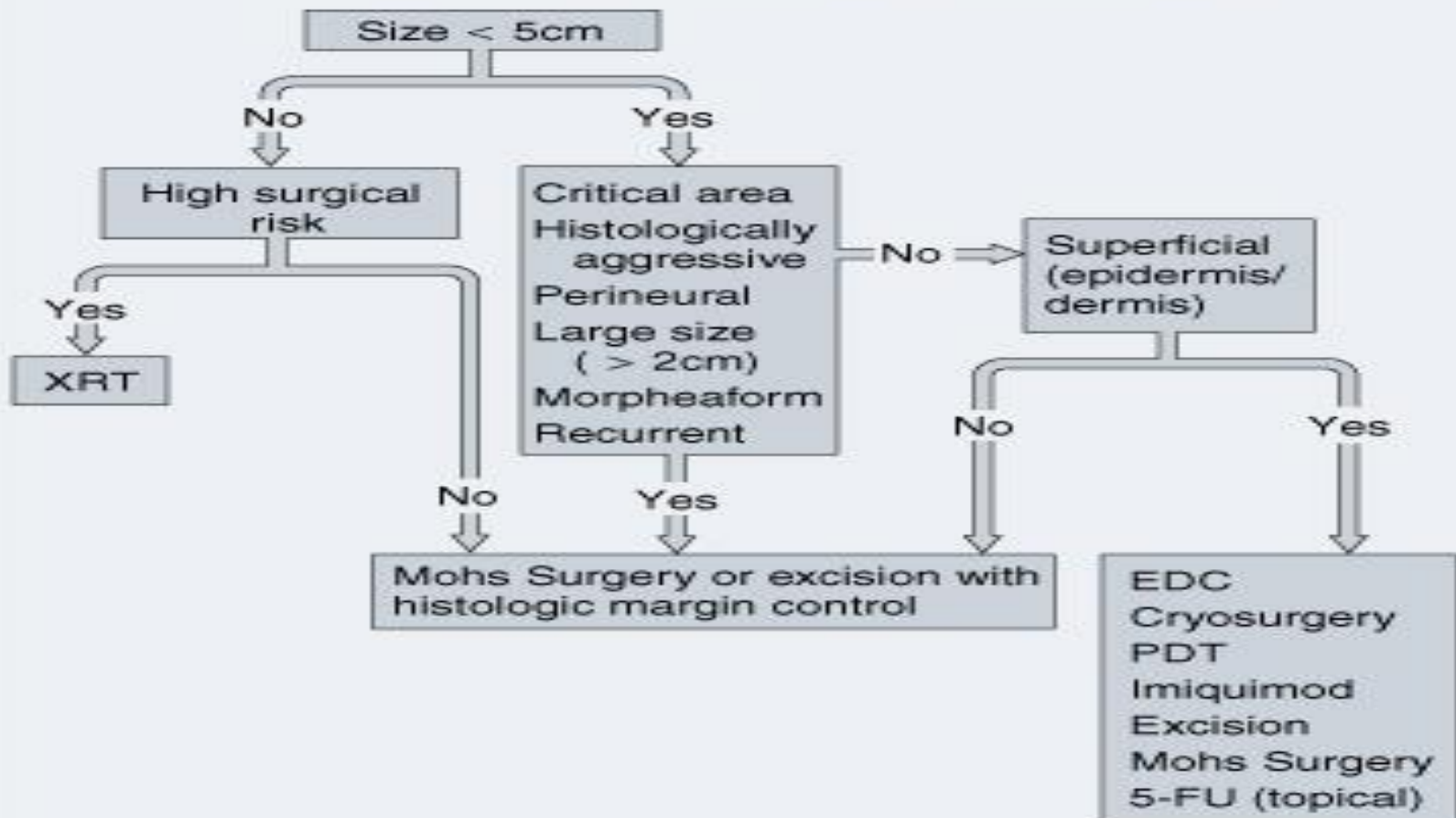
- Химиотерапия применение цитостатиков (в т.ч. местно), может сочетаться с другими видами лечения. Используют при макронодулярных язвенных базалиомах, больших размерах опухоли, неудобной для других методов лечения локализации, множественности опухолевых очагов.
- Препараты: проспидия хлорид - по 50-100 мг/сут (на курс 2-3 г) или диброспидия хлорид - в виде в/м, внутриочаговых инъекций по 100-200 мг 2 раза в сутки (на курс 6-8 г), комбинируют с криотерапией. Наружно - мази цитостатиков - фторурацила, проспидия хлорида и др.

Методы лечения плоскоклеточного рака

- Хирургический (метод Мооса)
- Лучевая терапия (рентгеновское излучение)
- Лазеротерапия
- ФДТ
- Криотерапия
- Химиотерапия
- Иммунотерапия

Лечение базальноклеточного рака кожи

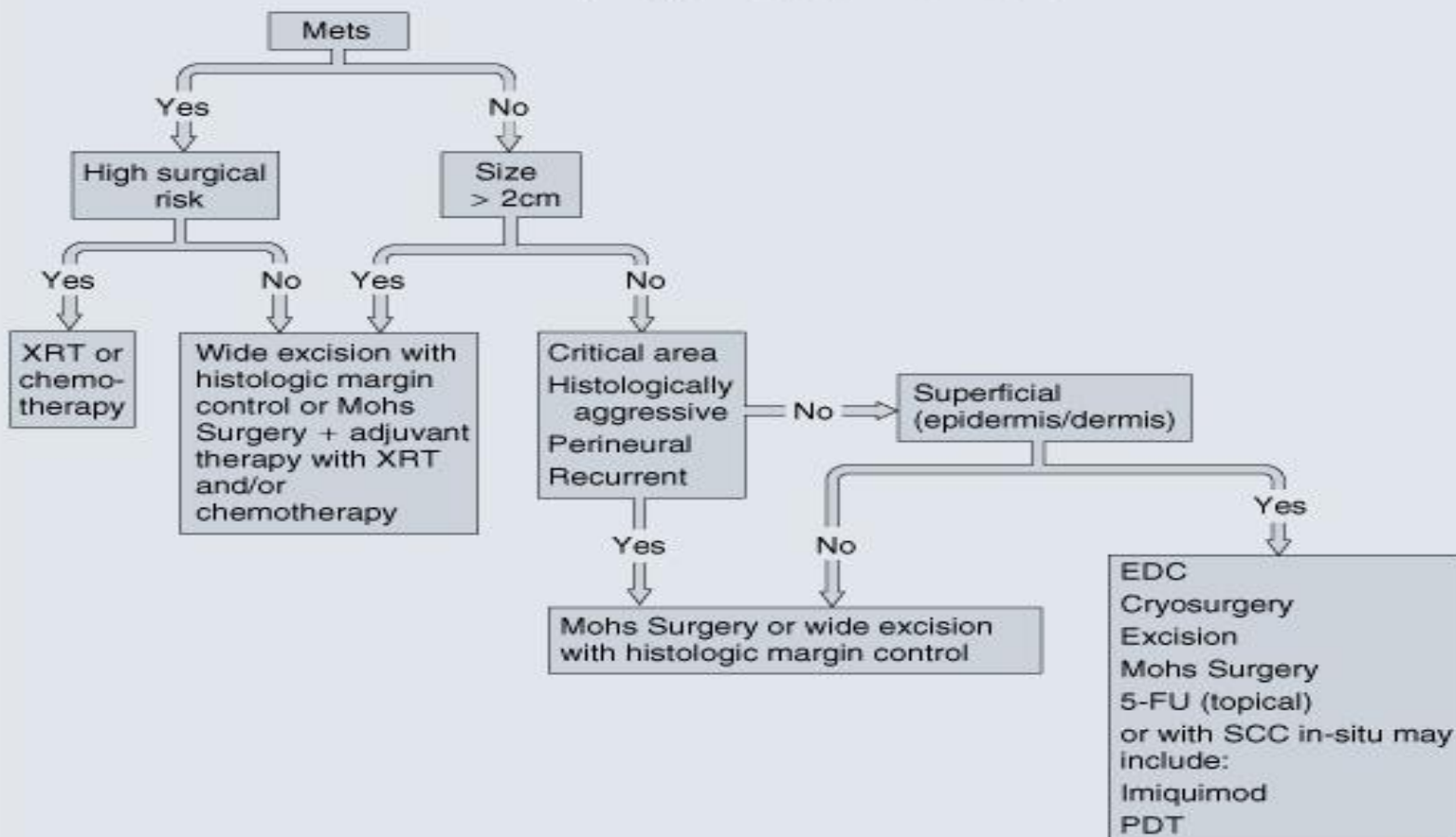
TREATMENT FOR BASAL CELL CARCINOMA



73-1

Лечение плоскоклеточного рака кожи

TREATMENT FOR SQUAMOUS CELL CARCINOMA



73-2