

РАК КОЖИ И МЕЛАНОМА

КАФЕДРА ОНКОЛОГИИ
РГМУ

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ

- ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ (96%)
 - Базальноклеточный рак (80%)
 - Плоскоклеточный рак (16%)
- НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ (4%)
 - Меланома

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

(Рак кожи)

- Россия – 43 на 100 000 населения
- США – 300 на 100 000 (2,048,517 in 2006)
риск 33-39% для мужчин и 23-28% для женщин
- Австралия – более 1000 на 100 000

2 место в заболеваемости злокачественными опухолями среди женщин (14,5%) в России, 3 место среди мужчин (9,5%)

Факторы риска

Основной фактор риска и причина возникновения – инсоляция
(воздействие УФ лучей)

Факторы	Рак кожи (базальноклеточный и плоскоклеточный)	Меланома
Возраст	Старше 55 лет	Моложе 55 лет
Пол	Чаще у мужчин	Чаще у мужчин 1,2:1
Локализация	Лицо, шея, предплечье, кисть	Туловище (одинаково у мужчин и женщин) Ноги (у женщин)

Факторы риска

Характер профессиональной деятельности	Работа на открытом для солнечных лучей пространстве Фермеры Рабочие открытых стройплощадок	Работа при искусственном освещении «Курортники» Смена климата на короткое время Сильные солнечные ожоги в детском возрасте
Цвет кожи	Светлая Редко среди чернокожих и смуглых Часто ПКР среди чернокожих альбиносов	Светлая Редко среди чернокожих или смуглых Редко среди чернокожих альбиносов

Факторы риска

Иммуносупрессия	ПКР при УФ облучении у пациентов с пересаженной почкой	То же
Повышенная чувствительность к УФ (предрасполагающие состояния и заболевания)	Солнечный кератоз Эпидермодисплазия + ВПЧ + СОЛНЦЕ	Лентиго Диспластический невус Врожденный невомеланоцитарный невус

Солнечный кератоз



Диспластический невус



Лентиго



Врожденный невомеланоцитарный невус



Факторы риска

Дефекты восстановления ДНК	Пигментная ксеродерма	Пигментная ксеродерма Семейная меланома (FAMM syndrome)
----------------------------------	--------------------------	--

Пигментная ксеродерма



Dermatologia OnLine

Базально-клеточный рак

- Это злокачественная опухоль кожи, которая редко метастазирует. Растет медленно с местноинвазивным ростом, иногда формируя язву с возможными кровотечениями.
- Ранние формы в виде папул или узелков с вдавленным центром, в котором возможно формирование язв. При отсутствии лечения инвазирует и разрушает прилежащие ткани. Длительно существующие образования как правило изъязвляются. Вокруг образования нередко можно обнаружить телеангиоэктазии или очаги солнечного дерматоза.

Базально-клеточный рак

Гистологическая классификация:

Внутриэпидермальный	Кистозный
Поверхностный	Кератотический
Солидный	Переходный
Пигментированный (имитирует меланому)	Смешанный
Склеротизирующий	
Аденоидный	

Базально-клеточный рак

Клиническая классификация

- Узелковая (экзофитная форма)
- Узелково-язвенная
- Плоская
- Поверхностная

Базально-клеточный рак (узелковая форма)



Базально-клеточный рак (узелково-язвенная форма)



Базально-клеточный рак (поверхностная форма)



Базально-клеточный рак (пигментированный)



Диагностика

- Соскоб
- Пункция (узелковые формы)
- Цитологическое исследование

Лечение

- **Хирургическое** с изучением краев резекции
(неадекватное иссечение приводит к
возникновению рецидивов)

*Наиболее проблемные зоны – нижнее веко,
угол глаза, хрящи носа, наружный слуховой
проход*

- **Криодеструкция** обеспечивает эффект в
97% случаев. (Узелковые крупные образования
срезаются и затем проводится криодеструкция)

Не подходит для рецидивных опухолей

Лечение

- **Лазерная и электрокоагуляция** *только опухоли малого размера (менее 1 см)*
- **Лучевая терапия**
близкофокусная рентгенотерапия показана пациентам с противопоказанием к хирургическому лечению по локализации, с аллергией к анестетикам, с тенденцией к формированию келоидных рубцов
- **Местные цитостатики** *5% крем 5-фторурацила 2 раза в день в течение нескольких недель, инъекции интерферона.*

Плоскоклеточный рак

- Истинная злокачественная опухоль с лимфогенным и гематогенным метастазированием.
- Часто возникает в зоне поврежденной кожи после ожогов, ранений, хронических воспалительных процессов.
- Растет значительно быстрее чем базалиома. На вид плотное экзофитное образование с потерей кожного рисунка округлой формы с гиперкератозом в вершине или с папилломатозными разрастаниями. Нет болезненных ощущений.

Радиационный дерматит



Болезнь Боуэна (плоскоклеточный рак *in situ*)



Акнический кератоз



Лейкоплакия



Плоскоклеточный рак

- Поверхностная, инфильтрирующая, папиллярная



Плоскоклеточный рак (лечение)

- Хирургическое иссечение 5 мм от краев образования
- При инвазивных опухолях или опухолях размером более 2 см или в зонах волосистой части головы, уха, носа, век или губ минимум 6 мм от краев.
- Лимфаденэктомия показана при наличии подтвержденных метастазов в л/у
- Адъювантно проводят лучевую терапию
- При отсутствии отдаленных метастазов 5 – летняя выживаемость 75-80%

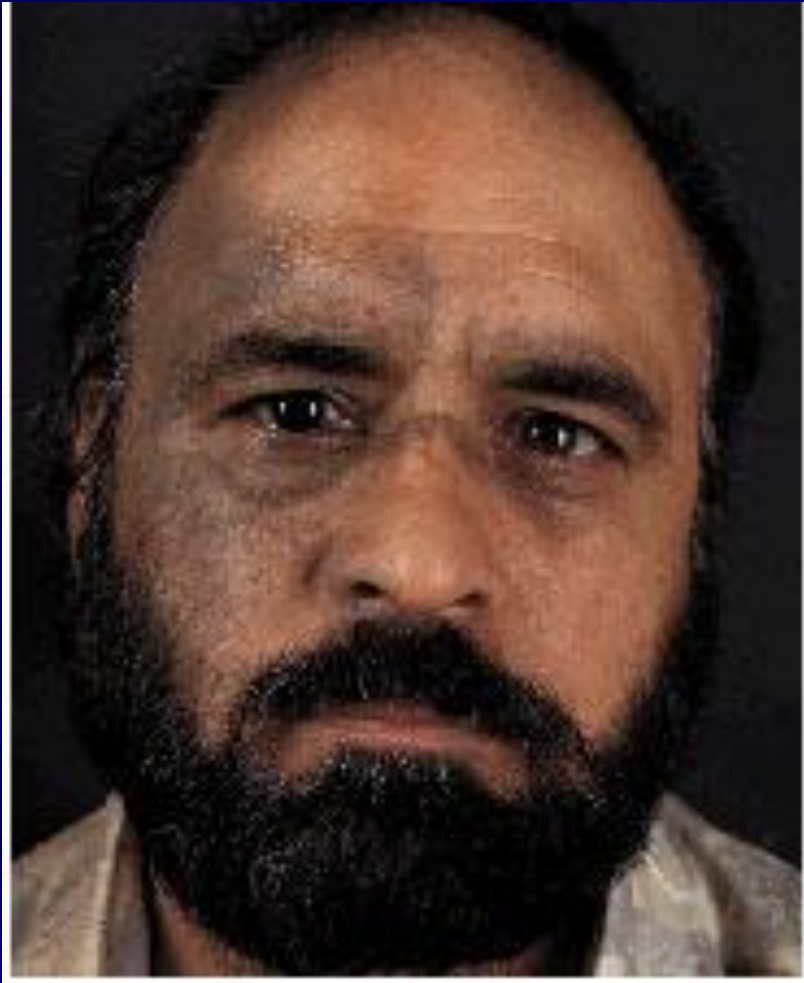
Меланома

- Меланома – злокачественная опухоль состоящая из меланоцитов и клеток невуса. Развивается как из невуса, так и на неизменной коже.
- Меланомоопасные невусы:
 - Пограничный пигментный невус
 - Синий невус
 - Невус Ота
 - Невус Ито
 - Гигантский пигментный невус
 - Предраковый меланоз Дюбрея (лентиго)

Невус Ота



Невус Ито



Гигантский пигментный невус



Голубой невус



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Россия - 6 на 100 000 нас.
- США 20-30 на 100 000
- Израиль 40 на 100 000
- Австралия (Queensland) 57 на 100 000

МЕЛАНОМА

Клиническая классификация

Поверхностно-распространяющаяся
меланома

Лентиго меланома

Узловая меланома

Акральная меланома (дистальные области
конечностей) (3-5%)

Мукозная меланома (ротовая полость,
пищевод, анус, влагалище, конъюктива)



85%

МЕЛАНОМА

(поверхностно-распространяющаяся
форма)



МЕЛАНОМА (lentigo maligna)



МЕЛАНОМА

(узловая форма)



МЕЛАНОМА (акральная форма)



Меланома (мукозная форма)



Диагностика

- Признаки злокачественности: (A) неправильная асимметричная форма, (B) неровные фестончатые края, (C) неравномерность окраски и (D) диаметр более 6 мм и (E) динамические изменения

ABCDE

S
Y
M
M
E
T
R
Y

O
R
D
E
R
S

O
L
O
R

I
A
M
E
T
E
R

V
O
L
U
T
I
O
N

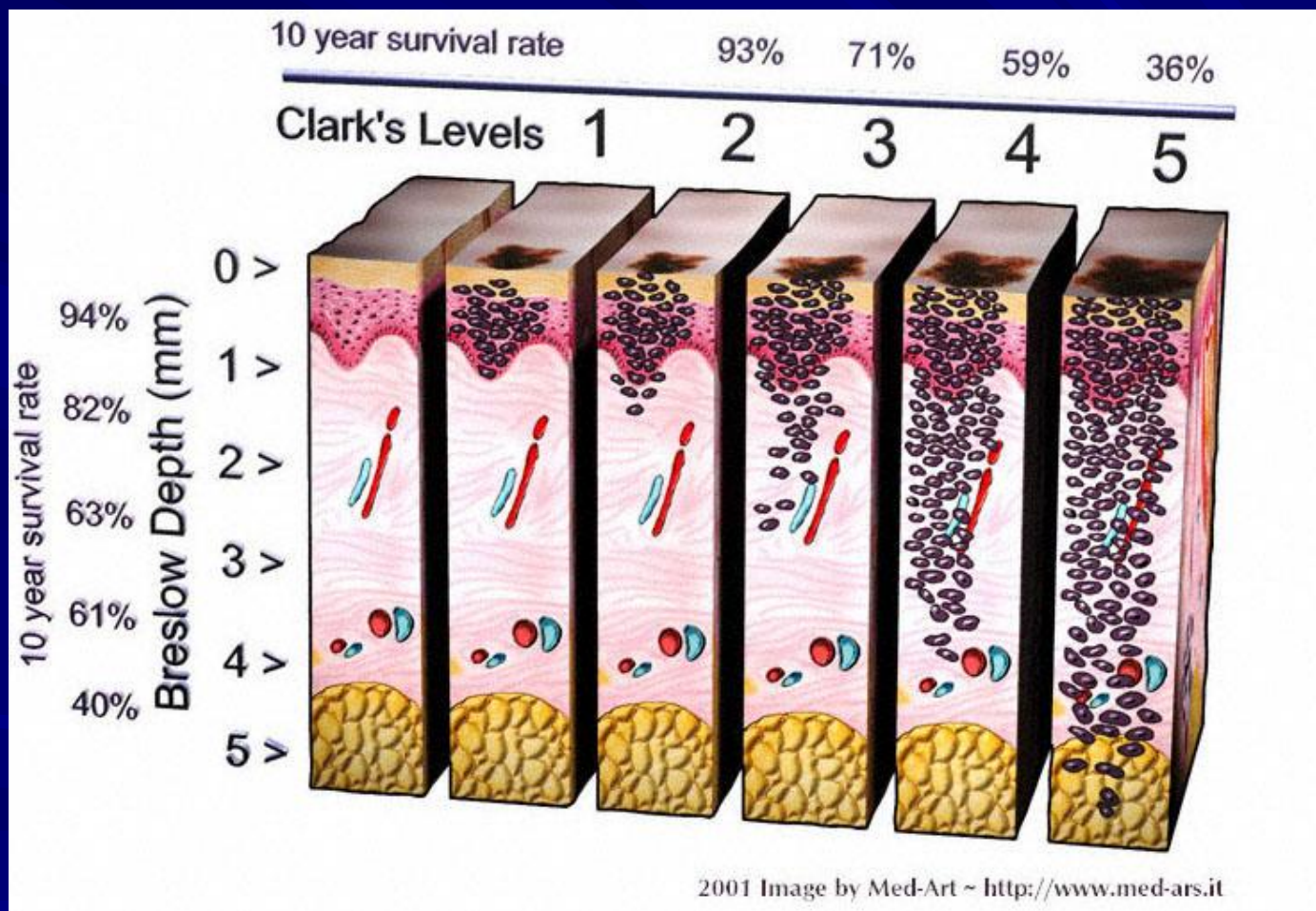
Диагностика

- Симптомы малигнизации невуса:
 - Бурный рост
 - Изменение пигментации и формы
 - Появление ощущений в области невуса (зуд, жжение, покалывание)
 - Появление папилломатозных выростов, трещин, кровотечений, выпадение волос из невуса.

МЕЛАНОМА

- Две фазы развития : горизонтальная (3-7 лет ПРМ 10-15 лет лентиго) и вертикальная
- Степень инвазии по Кларку
 - I - неинвазивная опухоль, ограниченная эпидермисом
 - II – инвазия сосочкового слоя дермы
 - III – инвазия пространства между сосочковым и сетчатым слоями дермы
 - IV – инвазия сетчатого слоя
 - V – инвазия подкожно-жировой клетчатки

Уровни инвазии по Кларку и Бреслоу и 10-летняя выживаемость



Классификация

- pTx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;
- pT0 — первичная опухоль не определяется;
- pTis — меланома in situ (уровень инвазии I по Clark) (атипичная меланоцитарная гиперплазия, выраженная меланотическая дисплазия) неинвазивная злокачественная опухоль — микроскопически нет инвазии в дерму;
- pT1 — толщина опухоли (ее инвазии) по Бреслоу меньше или равно 1 мм;
- pT1a — уровень инвазии по Clark II или III, без изъязвления;
- pT1b — уровень инвазии по Clark IV или V, или с изъязвлением;
- pT2 — толщина опухоли (ее инвазии) по Бреслоу больше 1 мм, но меньше или равно 2 мм;
- pT2a — без изъязвления;
- pT2b — с изъязвлением;
- pT3 — толщина опухоли (ее инвазии) по Бреслоу больше 2 мм, но меньше или равно 4 мм;
- pT3a — без изъязвления;
- pT3b — с изъязвлением;
- pT4 — толщина опухоли (ее инвазии) по Бреслоу больше 4 мм;
- pT4a — без изъязвления;
- pT4b — с изъязвлением;

Классификация

pNX — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов;

pN0 — нет признаков поражения метастазами регионарных лимфатических узлов;

pN1 — метастазы в одном регионарном лимфатическом узле;

pN1a — определяются только микроскопически;

pN1b — определяются макроскопически (клинически);

pN2 — метастазы в двух или трех регионарных лимфатических узлах или в лимфатических сосудах;

pN2a — определяются только микроскопически в лимфатических узлах;

pN2b — определяются макроскопически в лимфатических узлах;

pN2c — сателлитные или транзиторные метастазы без метастазов в регионарные лимфатических узлах;

pN3 — метастазы в четырех и более лимфатических узлах, или конгломерат лимфатических узлов или сателлиты или транзиторные метастазы с метастазами в регионарных лимфатических узлах;

Сателлиты (опухолевые гнезда или узлы) макро-микроскопические располагаются менее чем в 2 см от первичной опухоли.

Транзиторные метастазы вовлекают кожу или подкожную клетчатку на расстоянии более 2 см от края опухоли.

Классификация

рМХ — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;
M0 — нет признаков отдаленных метастазов;
M1 — имеются отдаленные метастазы;
M1a — метастазы в коже или подкожной клетчатке, или в лимфатических узлах, за пределами регионарной зоны;
M1b — метастазы в легкие;
M1c — другие локализации, или любой орган с повышением уровня лактатдегидрогеназы сыворотки (ЛДГ)

Лечение

- Хирургический
 - Иссечение: удаление меланомы с некоторым количеством здоровой ткани вокруг
 - Широкое иссечение меланомы с лимфаденэктомией или без
 - С замещением дефекта местными тканями, свободным кожным трансплантатом, перемещенным или свободным (микрососудистым) лоскутом

Лечение

- Стадия II
- При подозрении на поражение сторожевых лимфатических узлов (расположенных вблизи опухоли) необходимо выполнить биопсию одного из них, и в случае его поражения показано удаление всех оставшихся лимфатических узлов этой области.
- При этой стадии меланомы возможно назначение дополнительного лечения, например, альфа-интерфероном или другими препаратами, которые могут уменьшить вероятности рецидива (возврата) болезни.
- Некоторые врачи могут рекомендовать рутинное удаление всех близлежащих лимфатических узлов при II стадии меланомы, хотя ценность такой методики еще не доказана.

Лечение

Стадия III

При этой стадии меланомы, кроме иссечения первичной опухоли, удаляются все близко расположенные лимфатические узлы. В ряде случаев назначение иммунотерапии интерфероном позволяет отсрочить появление рецидива меланомы.

Если у больного имеется несколько меланом, то их следует все удалить. При невозможности сделать это назначается вакцина БЦЖ или интерферон, вводимые непосредственно в опухоль. Оптимальное лечение этой категории больных до настоящего времени не разработано. Возможно применение лучевой терапии на область поражения, а также химиотерапия или иммунотерапия, причем эти методы можно сочетать.

Лечение

Стадия IV

Полностью излечить больных с такой стадией меланомы невозможно. С помощью операции можно удалить крупные опухолевые узлы, вызывающие неприятные симптомы. Иногда удаляются метастазы из внутренних органов, однако это зависит от их расположения и симптомов. Ряду больных с паллиативной целью применяют лучевую и химиотерапию.

Химиотерапия имеет очень ограниченные возможности у больных с IV стадией меланомы. Химиотерапия может привести к сокращению опухоли, но этот эффект бывает кратковременным и длится обычно 3-6 месяцев.

Иммунотерапия с применением интерферона или интерлейкина-2 может продлить жизнь некоторым больным с такой стадией. Некоторые врачи рекомендуют применять химиотерапию в сочетании с иммунотерапией.

Несмотря на неблагоприятный прогноз у большинства больных с IV стадией меланомы, некоторые из них живут в течение нескольких лет после лечения.

Лечение

Рецидивная меланома. Лечение рецидивной меланомы зависит от стадии исходной опухоли, первичной терапии и типа рецидива. При местном рецидиве обычно применяется операция, как и при лечении первичной меланомы. В случае рецидива в лимфатических узлах они иссекаются хирургическим путем. У больных с отдаленными метастазами используется такое лечение, как и у больных