

УДК 616-006.61

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ КОЖИ, ВОЗНИКШИМ НА ФОНЕ ОБШИРНОГО ПОСЛЕОЖОГОВОГО РУБЦА

Киреева Т.А., Гуменецкая Ю.В., Кудрявцев Д.В., Стародубцев А.Л., Курильчик А.А., Куприянова Е.И.

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба – филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России; Россия, Калужская обл., 249036, г. Обнинск, ул. Королёва, д. 4

Ключевые слова: плоскоклеточный рак кожи, рак кожи из рубцов, комбинированное лечение плоскоклеточного рака кожи

В статье представлен клинический случай, демонстрирующий пример комбинированного лечения местнораспространенного плоскоклеточного рака кожи, развившегося на фоне обширного послеожогового рубца. Данная форма опухоли характеризуется высоким риском развития локального рецидива, регионарных и отдаленных метастазов. Срок наблюдения за пациентом после проведенного комбинированного лечения составил 8 мес, признаков прогрессирования или рецидивирования заболевания не получено.

Введение

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями опухоли кожи занимают лидирующие позиции. Несколько чаще данная патология встречается у мужчин, чем у женщин. Анализ статистических данных за последние 7 лет свидетельствует о тенденции к росту заболеваемости новообразованиями кожи. Ежегодный прирост составляет 0,6%. Среди всех опухолей кожи плоскоклеточный рак занимает второе место по распространенности [1]. Опухоль обычно одиночная и локализуется на открытых участках кожи. В 70% случаев поражается кожа лица (спинка носа, периорбитальные области, ушные раковины, височно-скуловые и лобные области), что составляет 51% всех опухолей этого типа, располагающихся в области головы. В 5–10% рак развивается на коже конечностей и туловища [2]. Несмотря на визуальную локализацию, в 1,5% случаев встречаются большие III и IV стадией заболевания [1].

Адрес для корреспонденции

Киреева Татьяна Александровна
E-mail: minchenkova_taty@mail.ru

В развитии злокачественных опухолей кожи значительная роль принадлежит внешним факторам: инсоляция, канцерогенные факторы внешней среды, травмы, инфицирование вирусом папилломы человека, термические и другие местные повреждающие агенты. Обширные рубцовые изменения кожи являются так называемым фоновым предраком и часто являются причиной развития новообразований кожи и, в частности, плоскоклеточного рака кожи [3].

Плоскоклеточный рак кожи на фоне рубцов характеризуется более агрессивным течением с развитием метастазов, особенно в регионарные лимфатические узлы. Метастазировать могут даже относительно небольшие по размеру опухоли [3]. Частота метастазирования данной формы рака составляет около 30%. Среди всех случаев метастазирования 85% составляют метастазы в регионарные лимфоузлы и 15% – в висцеральные органы (легкие) и кости [5].

В связи с вышеуказанными факторами выбор оптимального метода лечения новообразований кожи, возникших на фоне рубцовых изменений, может представлять определенные трудности. В частности, при выборе терапии необходимо учитывать степень распространенности первичного процесса, стадию

заболевания, локализацию, риски повторных рецидивов, возраст пациента, его общее состояние, а также функциональные и косметические последствия проведенного лечения.

Основным методом лечения плоскоклеточного рака кожи ввиду его достаточно выраженной резистентности к консервативным методам лечения — лучевой и лекарственной терапии — является хирургическое удаление [4]. Хирургическое иссечение нередко требует выполнения резекции функционально важных частей кожи и анатомических образований, при этом из-за часто возникающих проблем с достаточным отступом края иссечения не всегда отмечаются удовлетворительные непосредственные и отдаленные результаты лечения.

Хирургическое лечение местнораспространенных опухолей кожи часто связано с проблемой закрытия образующегося обширного дефекта кожи и мягких тканей, невозможностью выполнить адекватную пластику, что также приводит к неудовлетворительным эстетическим и функциональным результатам.

Одним из вариантов решения указанных проблем является применение комбинированных подходов в лечении распространенных опухолей кожи. В частности, достаточно известной в 80–90-х годах прошлого века тактикой проведения отсроченных предоперационных курсов дистанционной лучевой терапии, которые проводили с целью рестадирования опухоли, уменьшения объема хирургического вмешательства, в целом при улучшении непосредственных и отдаленных результатов лечения.

В качестве примера такого подхода мы представляем клиническое наблюдение успешно проведенного комбинированного лечения местнораспространенного плоскоклеточного рака кожи задней поверхности нижней трети правого бедра и подколенной области.

Описание клинического случая

В феврале 2018 г. в МРНЦ им. А.Ф. Цыба — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России обратился пациент с жалобами на увеличивающееся и длительно не заживающее обширное образование кожи задней поверхности нижней трети правого бедра и подколенной области, возникшее около 2 лет назад на фоне обширного послеожогового рубца.

При осмотре: на коже задней поверхности нижней трети правого бедра и подколенной области определяется инфильтративно-язвенное образование размерами 12×20 см. Дно язвы бугристое, с вегетациями, покрытое желтыми корочками, края приподнятые, покрытые атрофичной, легко травмируемой тонкой кожей розового цвета. Визуально и пальпаторно определяется выраженная инфильтрация окружающей кожи и мягких тканей до 1,5×2 см от края образования (рис. 1). Выполнена морфологическая верификация диагноза посредством



Рис. 1. Вид первичной опухоли кожи до лечения

инцизионной биопсии краевого участка новообразования. Гистологическое заключение № 00290/18 от 18.01.2018 г. — в дерме фокус инвазивного роста плоскоклеточного неороговевающего рака. Регионарные лимфатические узлы умеренно увеличены до 1 см, плотновато-эластичной консистенции. По данным тонкоигольной биопсии, выполненной под контролем УЗИ № 35618 от 29.01.2018 г. — элементы лимфатического узла без признаков опухолевого роста. В результате проведенного инструментального обследования, включавшего УЗИ регионарных лимфатических узлов, рентгенографии органов грудной клетки, данных за наличие регионарных и отдаленных метастазов не получено. Таким образом, установлен клинический диагноз: плоскоклеточный рак кожи нижней трети правого бедра и подколенной области, cT2N0M0, II ст. МКБ 10: C44.7.

Сочетание таких факторов, как размеры первичной опухоли, инфильтративно-язвенный характер роста на фоне постожоговых рубцовых изменений кожи и мягких тканей, привели к формированию обширного и глубокого язвенного дефекта, распространяющегося на всю заднюю поверхность нижней трети правого бедра и подколенной области. Необходимость безопасного хирургического отступа не менее 2 см от края образования являлась причиной возникновения проблемы с закрытием дефекта кожи и мягких тканей после ее радикального удаления.

Консилиумом в составе онколога, хирурга, радиотерапевта, онколога отделения лучевых повреждений, а также специалиста фотодинамической терапии было принято решение о проведении комбинированного лечения. На первом этапе с целью рестадирования (уменьшения площади поражения кожи и мягких тканей), уменьшения площади инфильтрации окружающих тканей и увеличения абластики последующего хирургического этапа было запланировано проведение предоперационного курса конформной дистанционной лучевой терапии. Учитывая объем облучаемых тканей и цель терапии, был выбран традиционный режим фракционирования в РОД 2 Гр до СОД 50 Гр в течение 5 нед. После 4-недельного перерыва, необходимого для реализации эффекта лучевой терапии и стихания лучевых реакций, на втором этапе комбинированного лечения запланировано хирургическое лечение в объеме широкого иссечения первичной опухоли с реконструктивно-пластическим компонентом. В связи с высоким риском регионарного метастазирования принято решение о необходимости выполнения одномоментной биопсии сторожевых лимфатических узлов.

В соответствии с планом лечения в период с 08.02.2018 по 15.03.2018 г. был проведен отсроченный предоперационный курс конформной дистанционной лучевой терапии на линейном ускорителе электронов (ЛУЭ) Elekta Synergy-S в режиме традиционного фракционирования до СОД 50 Гр. При реализации курса дистанционной лучевой терапии применена технология IGRT-XVI (объемная визуализация мишени). Для фиксации пациента во время лечения было изготовлено индивидуальное фиксирующее приспособление, которое было сформировано при помощи вакуумного матраса.

Результатом проведенного предоперационного курса дистанционной лучевой терапии стало значимое уменьшение размеров опухоли кожи, уплощение ее краев, уменьшение инфильтративно-воспалительных изменений окружающих тканей (рис. 2). Спустя 4 нед образование в правой подколенной области имело размеры 8×11 см (рис. 3). Таким образом, была достигнута основная цель 1-го этапа комбинированной терапии – выраженный положительный эффект предоперационного курса дистанционной лучевой терапии.

Для определения локализации сторожевого лимфатического узла пациенту была проведена предоперационная лимфосцинтиграфия с применением РФП ^{99m}Tl -Технефит. Перед исследованием пациенту были выполнены четыре внутрикожные инъекции данного препарата вокруг образования. Спустя 30 мин после введения РФП проведена лимфосцинтиграфия, по данным которой сторожевой лимфатический узел был визуализирован в правой паховой области.

11.05.2018 г. выполнен хирургический этап комбинированного лечения: широкое иссечение



Рис. 2. Опухоль кожи после проведения курса конформной дистанционной лучевой терапии



Рис. 3. Опухоль кожи через 4 нед после проведения курса лучевой терапии

образования кожи правой подколенной области с реконструктивно-пластическим компонентом (пластика дефекта свободным расщепленным кожным лоскутом). Биопсия сторожевого лимфатического узла правой паховой области.

В ходе операции сторожевой лимфатический узел был локализован при помощи специализированного ручного гамма-детектора «Радикал». Лимфатический узел розового цвета размером около 2 см, полностью удален.

Образование в подколенной области было иссечено с отступом от видимой границы опухоли 2 см в каждую сторону. Лоскут кожи с подкожно-жировой клетчаткой, фасцией и опухолью в центре удален единым блоком. Образовался дефект кожи 12×15 см (рис. 4). С задней поверхности левого бедра дерматомом взяты 3 лоскута-донора, перфорированы и уложены на дно дефекта. Лоскуты фиксированы степлером.

Морфологическое исследование операционного материала № 05115/18 от 18.05.18 г. – плоскоклеточный неороговевающий рак с признаками терапевтического патоморфоза III степени по Г.А. Лавниковой. Края резекции интактны. Сторожевой лимфатический узел без признаков опухолевого роста.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 14-е сутки. Приживление кожного лоскута – 75% (рис. 5).

Пациенту установлен заключительный диагноз: плоскоклеточный рак кожи нижней трети



Рис. 4. Послеоперационная рана после иссечения опухоли



Рис. 5. Послеоперационная рана на 7-е сутки после операции

правого бедра и подколенной области, инфильтративно-язвенная форма pT2N0snM0, стадия II. Отсроченный предоперационный курс конформной дистанционной лучевой терапии на область образования кожи нижней трети правого бедра и подколенной области, СОД 50 Гр (08.02.2018 – 15.03.2018 г.). Широкое иссечение образования кожи с реконструктивно-пластическим компонентом. Биопсия сторожевого лимфатического узла правой паховой области. МКБ 10: C44.7.

Заключение

Данный клинический случай демонстрирует пример успешного применения комбинированного подхода к лечению пациента с местнораспространенным плоскоклеточным раком кожи, возникшим на фоне обширных послеожоговых изменений кожных покровов с возможным регионарным метастазированием. Применение данного метода позволило успешно провести хирургический этап лечения: закрытие дефекта кожи свободным расщепленным кожным лоскутом и достичь желаемого терапевтического результата.

Срок наблюдения за пациентом составил 8 мес. За указанный период признаков прогрессирования заболевания не получено. Движения конечности сохранены в полном объеме, больной полностью удовлетворен косметическим результатом лечения. Наблюдение за пациентом продолжается (рис. 6).



Рис. 6. 7 мес после операции

Информация об источниках финансирования

Финансовой поддержки в настоящей статье не было.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каприн АД, Старинский ВВ, Петрова ГВ. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России; 2018:18.
2. Ганцев ШХ, Юсупов АС. Плоскоклеточный рак кожи. Практическая онкология. 2012;13(3):80-91.
3. Яценко КД. Рак кожи из рубцов (клиника, диагностика, лечение). Автореферат дисс. канд. мед. наук. М., 1974:24.
4. Шляхтунов ЕА., Гидранович АВ, Луд НГ, Луд ЛН. Рак кожи: современное состояние проблемы. 2014.
5. Терапевтическая радиология под редакцией РАН А.Д. Каприна, члена-корреспондента РАН Ю.С. Мардынского. 2018:555.

Статья поступила 15.01.2019 г., принята к печати 12.03.2019 г.
Рекомендована к публикации Б.Ю. Бояном

Информационная страница

Киреева Татьяна Александровна, МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, клинический ординатор.

Гуменецкая Юлия Васильевна, доктор медицинских наук, МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, зав. радиологическим отделением с группой лучевого и хирургического лечения больных с опухолями костей

Кудрявцев Дмитрий Владимирович, доктор медицинских наук, МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, ведущий научный сотрудник радиологического отделения с группой лучевого и хирургического лечения больных с опухолями костей.

Стародубцев Алексей Леонидович, МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, радиологическое отделение с группой лучевого и хирургического лечения больных с опухолями костей, научный сотрудник, врач травматолог-ортопед.

Курильчик Александр Александрович, кандидат медицинских наук, МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, зав. отделением комбинированных методов лечения больных опухолями костей и мягких тканей.

Куприянова Екатерина Ивановна, МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, врач-патологоанатом.

Дополнительные утверждения

Авторы согласны на публикацию представленной работы.

Авторы утверждают, что данная рукопись в настоящее время не представлена для публикации в другие издания и не была принята для публикации в других изданиях.

CASE OF TREATMENT OF A PATIENT WITH LOCALLY ADVANCED SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE SKIN THAT ARISE AGAINST THE BACKGROUND OF AN EXTENSIVE POST-BURN SCAR

Kireeva T.A., Gumenetskaya Yu.V., Kudryavtsev D.V., Starodubtsev A.L., Kurilchik A.A., Kupriyanova E.I.

Tsyb Medical Radiological Research Center – branch of the National Medical Research Radiological Center of the Ministry of Health, Obninsk, Russian Federation; 4, Korolev str., Obninsk, 249036, Kaluga region, Russia

Key words: squamous cell of skin cancer, skin cancer of the scars, combined treatment of squamous cell skin cancer

This clinical case is presented the example of the combined treatment of squamous cell carcinoma of the skin that developed on the background of an extensive post-burn scar. This type of tumor is characterized by the higher risk of relapses and metastases. Follow up was 8 months. There is no signs of progression or recurrence of the disease during this period, signs.