



Склеродермоформная базалиома кожи у пожилой женщины

Л.И. Глебова[□], Е.В. Задионченко

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

[□] z777kat@inbox.ru

Аннотация

Наиболее часто выявляемой немеланцитарной опухолью кожи у человека является «базальноклеточная карцинома» или базалиома. Выделяют множество клинических разновидностей этой опухоли, ряд из которых встречаются достаточно редко. Внимание специалистов приводится клиническое наблюдение пожилой женщины, наблюдавшейся амбулаторно у дерматолога с редкой формой базально-клеточного рака кожи спины. Особый интерес представляет собой длительный анамнез заболевания около 15 лет, наличие рубцовоподобного крупного очага поражения на спине более 11 см в диаметре, отсутствие лимфоаденопатии и потери массы тела, при гистологически подтвержденной склеродемоподобной базалиоме кожи.

Ключевые слова: опухоль кожи, базалиома, базально-клеточный рак кожи, склеродермоформная карцинома, панч-биопсия, фотодинамическая терапия.

Для цитирования: Глебова Л.И., Задионченко Е.В. Склеродермоформная базалиома кожи у пожилой пациентки. Клинический разбор в общей медицине. 2023; 4 (4): 94–97. DOI: 10.47407/kr2023.4.4.00242

Sclerodermiform basal cell carcinoma in an elderly woman

Larisa I. Glebova[□], Ekaterina V. Zadionchenko

Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

[□] z777kat@inbox.ru

Abstract

The most commonly detected non-melanocytic skin tumor in humans is "basal cell carcinoma". There are many clinical varieties of this tumor, some of which are quite rare. The attention of specialists is brought to the attention of a clinical observation of an elderly woman who was observed on an outpatient basis by a dermatologist with a rare form of basal cell carcinoma of the skin of the back. Of particular interest is a long history of the disease for about 15 years, the presence of a scar-like large lesion on the back of more than 11 cm in diameter, the absence of lymphadenopathy and weight loss, with a histologically confirmed sclerodema-like basalioma of the skin.

Key words: skin tumor, basalioma, basal cell skin cancer, sclerodermiform carcinoma, punch biopsy, photodynamic therapy.

For citation: Glebova L.I., Zadionchenko E.V. Sclerodermiform basal cell carcinoma in an elderly woman. Clinical review for general practice. 2023; 4 (4): 94–97. DOI: 10.47407/kr2023.4.4.00242

Базально-клеточный рак кожи (БКРК) или базалиома – самая частая злокачественная немеланомная опухоль кожи из базальных кератиноцитов или эпидермиса волосяных фолликулов. Эта опухоль характеризуется местным инфильтрирующим ростом и редким метастазированием. БКРК может иметь разнообразное морфологическое строение, но всегда содержит островки базалоидных клеток с гиперхромными ядрами и скудной цитоплазмой [1, 2].

Не существует единой этиологии для опухолей кожи. Самым важным фактором риска БКРК является ультрафиолетовое облучение, в связи с чем чаще всего поражается кожа людей с фенотипом 1 и 2 [3].

Факторами риска являются врожденный или приобретенный иммунодефицит (трансплантация органов, длительный прием иммуносупрессоров). В некоторых случаях опухоль развивается из предопухолевых новообразований (актинический кератоз) [4].

Существует также ряд наследственных синдромов при которых возникает базалиома: это синдромы Горлина–Гольца, Базекса, Ромба и синдром одностороннего базально-клеточного невуса [5].

Синдром Горлина–Гольца – это аутосомно-доминантное заболевание, при котором выявляются множественные БКРК и характерный внешний вид больных: расширенный корень носа, складчатость ладони, кистозные изменения челюстей, пороки развития костей [6].

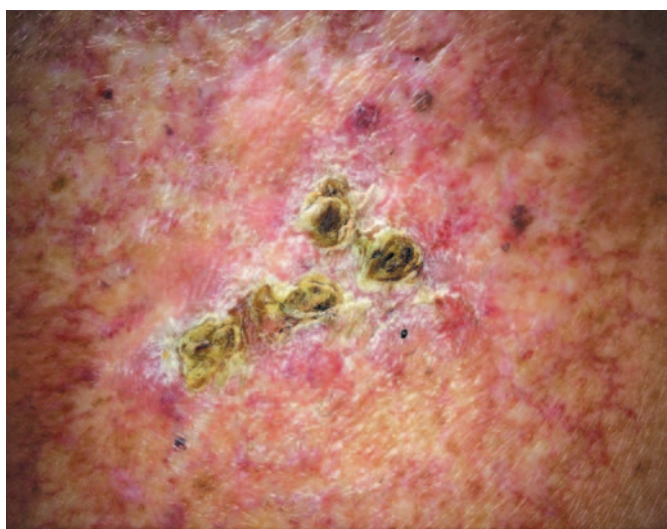
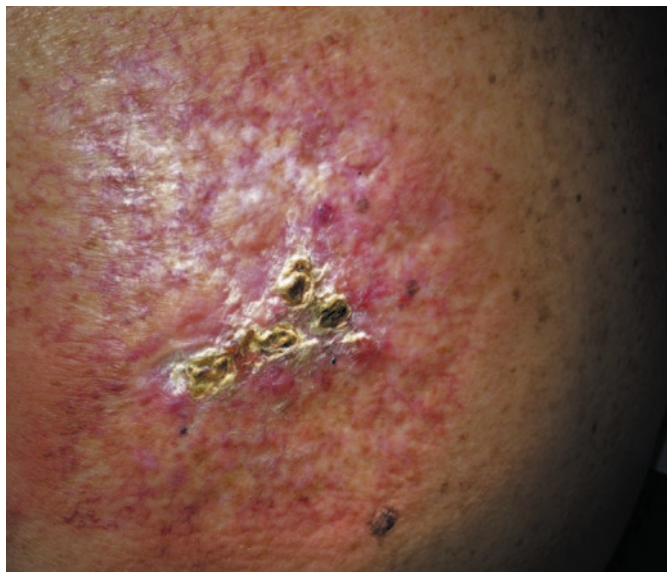
Синдром Базекса наследуется по доминантному пути. Характеризуется множественными опухолями, а также атрофодермией, гипертрихозом и фолликулярной атрофией [2].

Синдром Ромбо имеет аутосомно-доминантный тип наследования. Клиническую картину составляют множественные БКРК, гипертрихоз, атрофодермия, трихоэпителиомы [7].

При синдроме одностороннего базально-клеточного невуса у пациента отмечается врожденное новообразование кожи с комедонами и эпидермальными кистами [8].

На БКРК приходится до 80% всех случаев немеланомных опухолей кожи. Это самая распространенная опухоль у людей. Заболеваемость сильно отличается в зависимости от широты проживания и намного выше у людей со светлым фототипом кожи (самая высокая заболеваемость в Австралии, самая низкая в Африке) [3, 4].

Рис. 1. Больная Л., 75 л. Очаг склеродермоформной базалиомы 12×12 см на коже спины.
Fig. 1. Female patient L. aged 75. A sclerodermiform basal cell carcinoma lesion sized 12x12 cm on the skin of the back.



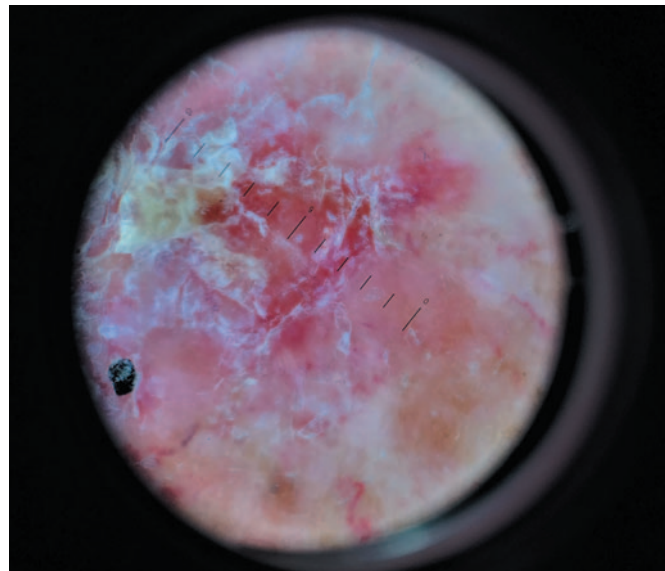
Клинический случай

Больная Г., 75 лет, наблюдалась нами на амбулаторном дерматологическом приеме.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение 16 лет (с 2006 г.), когда впервые появилось небольшое пятно розового цвета на коже левой части спины ближе к лопаточной области. Субъективные ощущения в области пятна отсутствовали, и пациентка к врачам не обращалась в течение многих лет. Только после того, как дочь пациентки заметила, что очаг на спине стал медленно увеличиваться в размерах, изменился его цвет, появилась некоторая плотность в основании, последовало обращение к врачам-дерматологам и онкологам.

При осмотре на коже спины в верхней трети ниже лопатки слева имеется очаг поражения размером 12×12 см измененной кожи в виде твердой инфильтрированной бляшки с желтовато-коричневой поверхностью восковидного вида и неровными границами. По периферии очага видны выраженные телеангиоэктазии и «перла-

Рис. 2. Больная Л., 75 л. Дерматоскопия очага склеродермоформной базалиомы (ветвящиеся капилляры, белесые участки атрофии, чередующиеся с сетчатой гиперпигментацией).
Fig. 2. Female patient L. aged 75. Dermoscopic features of the sclerodermiform basal cell carcinoma lesion (the branching pattern of capillaries, whitish atrophic areas alternating with reticular hyperpigmentation).



мтуровые» папулы как в центре, так и по краю. В верхней части очага кожа кажется немного вдавленной наподобие грубого рубца (рис. 1, 2). При пальпации – опухоль спаяна с подлежащими тканями, имеет нечеткие края. Из субъективных ощущений выявляется периодический незначительный зуд в очаге.

Были представлены результаты клинико-диагностического обследования.

Клинический анализ крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 142 г/л; лейкоциты – $12 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы – 3%; сегментоядерные нейтрофилы – 72%; эозинофилы – 1%; лимфоциты – 2%; моноциты – 2%; тромбоциты – $310 \times 10^9/л$, СОЭ – 13 мм/ч.

Клинический анализ мочи: плотность – 1020; рН – 6; плоский эпителий – 0–1 в поле зрения; лейкоциты – 1–2 в поле зрения; глюкоза – отрицательно; кровь – отрицательно; билирубин – отрицательно.

Биохимический анализ крови: холестерин общий – 5,12 мкмоль/л; билирубин общий – 8,43 мкмоль/л; аспартатаминотрансфераза – 26,43 Ед/л; креатинин – 78,80 мкмоль/л; мочевая кислота – 423,59 мкмоль/л.

Рентгенография органов грудной клетки: пневмосклероз, аортосклероз.

Электрокардиография: синусовая брадикардия, горизонтальное положение электрической оси сердца, умеренные изменения миокарда.

Обследование больной (гистологическое исследование очага на коже, дерматоскопия и консультация онколога) проводилось в Центре неинвазивной диагностики кожи (Москва, ул. Селезневская, 20). Проведено ультразвуковое и дерматоскопическое исследование кожи: в зоне длительно существующего очага: в области левой лопатки имеются телеангиоэктазии, ветвя-

щиеся капилляры, белесые участки атрофии, которые чередуются с сетчатой гиперпигментацией, что соответствует критериям дерматоскопических изменений при базалиоме [7] (рис. 3).

Консультация онколога. Проведена диагностическая биопсия (неглубокая). Заключение: изменения соответствуют неопухоловому дерматозу. Онколог направил больную на инцизионную (панч-биопсию) на всю толщину кожи, поскольку при некоторых формах (например, при инфильтративно-склерозирующей) диагностический материал может находиться в глубоких слоях кожи. Инцизионная панч-биопсия была безопасно выполнена на амбулаторном этапе с использованием специального инструмента – иглы для панч-биопсии. Материал был направлен для проведения прижизненного патологоанатомического исследования [9].

Результаты гистологического исследования: в небольшом фрагменте кожи в эпидермисе обнаруживается очаговая гиперпигментация базального слоя. Определяется нарушение слоев эпидермиса с перинуклеарной вакуолизацией эпидермоцитов, слоистым поверхностным гиперкератозом. В дерме дезорганизация соединительной ткани, очаговая лимфоцитарная инфильтрация. Коллагеновые пучки склерозированы, гиалинизированы и вдаются в просвет сосуда. Сально-волосные фолликулы отсутствуют. На некоторых участках биопсийного материала имеется ороговение клеток, имеющих вид роговых кист. Ороговение неполное, клетки не содержат шипов [10].

Заключение: описанные изменения могут иметь место при склеродермоподобной базалиоме.

Базалиомы инфильтративно-склерозирующего строения отличаются пролиферативной активностью и распределением по всем клеточным комплексам [11].

На основании анамнеза (давность заболевания более 13 лет), клинической картины, данных глубокой панч-биопсии был представлен диагноз: склеродермоподобная форма базально-клеточного рака кожи.

По данным ряда ученых, склеродермоподобная базалиома – весьма редкая форма (3%) заболевания [12]. Как правило, течение базалиомы хроническое, опухоль растет медленно, редко метастазирует. Но ряд ученых указывает на агрессивное течение склеродермоподобной формы БКРК [13], однако в нашем случае, несмотря на длительность заболевания с 2006 г., метастазирования не произошло.

Лечение базалиомы проводят радикальными и консервативными методами в зависимости от характера опухоли, ее клинико-морфологических характеристик, локализации очага, размера опухоли и глубины инвазии, возраста пациента, наличия сопутствующих заболеваний.

Нашей пациентке был предложен хирургический метод лечения в условиях стационара. От этого вида лечения больная и ее родственники отказались, так как из сопутствующих заболеваний у нее были ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь II стадии, сахарный диабет 2-го типа и возраст 75 лет, а очаг был значительного размера 12×12 см.

При наличии противопоказаний к хирургическому лечению (или отказе пациента от хирургического лечения) возможно проведение лучевой терапии, низкоинтенсивного стимулирующего лазерного излучения и высокоэнергетического – повреждающего излучения [14]. В настоящее время в лечении БКРК широкое применение получила фотодинамическая терапия (ФДТ). Нашей пациентке был предложен комбинированный терапевтический подход в виде фотодинамической терапии и местного применения 5% крема имихимод, 1 раз в сутки ежедневно курсом на 6 нед.

Для ФДТ планируется использовать источник лазерного излучения с длиной волны 630±2 нм. Доза лазерного облучения составляет 300–350 Дж/см² в объеме 2 курса ФДТ с интервалом в один месяц. После лечения рекомендованы осмотры кожи или лимфоузлов каждые 6 мес в течение первых трех лет.

Профилактика БКРК заключается в соблюдении мер первичной и вторичной профилактики. Первичная профилактика – это активное выявление опухоли в группе риска по базалиоме с рекомендациями по ограничению инсоляции и обязательным лечением предраковых дерматозов. Вторичная профилактика – это лечение первичной опухоли, предотвращение рецидивов.

После лечения больных БКРК необходимо их наблюдение с осмотрами 1 раз в четыре месяца, а далее – 1 раз в год. Целесообразно и общее онкологическое обследование из-за высокой частоты сочетанной онкологической патологии.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. Хлебникова А.Н. Проллиферативная активность клеток в базальноклеточном раке. *Вестник постдипломного медицинского образования.* 2016; 3: 69. [Hlebnikova A.N. Proliferativnaya aktivnost' kletok v bazal'nokletochnom rake. *Vestnik postdiplomnogo medicinskogo obrazovaniya.* 2016; 3: 69 (in Russian).]
2. Verkouteren JAC, Ramads KHR, Wakkee M, Nijsten T. Epidemiology of basal cell carcinoma: Scholarly review. *Br J Dermatol* 2017; 177 (2): 359–72.
3. Fitzpatrick TB. The validity and practicality of sun-reactive skin types I through VI. *Arch Dermatol* 1988; 124 (6): 869–71.
4. Bichakjian C, Aasi SZ, Alam M et al. Basal cell skin cancer. *NCCN clinical practice guidelines in oncology. Version 1.* 2019. August 31. 2018.2019: 46.
5. Tenese K. Diagnosis and Management of Basal Cell Carcinoma. *Curr treat Options Oncol* 2019; 20 (2):13.
6. Lam C, Ou JC, Billingsley EM. "PTCH"-ing it together: a basal cell nevus syndrome review. *Dermatol Surg* 2013; 39 (11): 1557–72.

7. Michaëlsson G, Olsson E, Westermark P. The Rombo syndrome: a familial disorder with vermiculate atrophoderma, milia, hypotrichosis, trichoepitheliomas, basal cell carcinomas and peripheral vasodilation with cyanosis. *Acta Derm Venereol* 1981; 61 (6): 497–503. PMID: 6177160.
8. Leffell DJ, Carucci JA. Management of Skin Cancer. In: *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 6th ed. Edited by Devita VT, Hellman S, Rosenberg SA. Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
9. Marzuka AG, Boor SE. Basal cell carcinoma: pathogenesis, epidemiology clinical features, diagnosis, histopathology and management. *Yale J Biol Med* 2015; 88 (2): 67–179.
10. Шанин А.П. Опухоли кожи и их происхождение, клиника и лечение. М.: Медицина, 1984.
11. [Shanin A.P. Opuholi kozhi i ih proiskhozhdenie, klinika i lechenie. Moscow: Medicina, 1984 (in Russian).]
11. Drucker AM, Adam GP, Rofeberg V et al. Treatments of Primary Basal Cell Carcinoma of the skin: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Ann Intern Med* 2018; 169 (7): 456–66.
12. Chen ZX, Zhou MS, Tu P et al. Retrospective analysis for clinical and histopathological characteristics of basal cell carcinoma in 418 patients. *Beijing Da Xue Xue Bao* 2014; 46: 195–9.
13. Pranteda G, Grimaldi M, Lombardi M et al. Basal cell carcinoma: differences according to anatomic location and clinical-pathological subtypes. *G Ital Dermatol Venereol* 2014; 149 (4): 423–6.
14. Cameron MC, Lee E, Hibler BP et al. Basal cell carcinoma: Contemporary approaches to diagnosis, treatment, and prevention. *J Am Acad Dermatol* 2019; 80 (2): 321–39.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Глебова Лариса Ивановна – канд. мед. наук, доц. каф. кожных и венерических болезней, ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова». ORCID: 0000-0001-6497-7062

Larisa I. Glebova – Cand. Sci. (Med.), Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry. ORCID: 0000-0001-6497-7062

Задюонченко Екатерина Владимировна – канд. мед. наук, ассистент каф. кожных и венерических болезней, ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова». E-mail: z777kat@inbox.ru; ORCID: 0000-0001-9295-5178

Ekaterina V. Zadiionchenko – Cand. Sci. (Med.), Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry. E-mail: z777kat@inbox.ru ORCID: 0000-0001-9295-5178

Поступила в редакцию / Received: 27.03.2023

Поступила после рецензирования / Revised: 07.04.2023

Принята к публикации / Accepted: 20.04.2023