

Редкий случай болезни Боуэна на слизистой оболочке полости рта

Л.И. Глебова, Е.В. Задюнченко

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия
z777kat@inbox.ru

Аннотация

Болезнь Боуэна – предраковое заболевание, гистологическая картина которого укладывается в понятие «cancer in situ». Чаще всего эта болезнь локализуется на различных участках кожи и относится к группе дискератозов. Исключительно редко очаг может возникнуть на слизистой оболочке полости рта. В статье рассматривается случай локализации болезни Боуэна на слизистой твердого неба у женщины среднего возраста. Указываются основные причины возникновения болезни, приводятся заболевания для дифференциальной диагностики процесса, а также описываются гистологические признаки типичной формы болезни на слизистых оболочках и ее дактилоскопическая картина.

Ключевые слова: болезнь Боуэна, предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, гистологическая диагностика, дактилоскопические критерии болезни Боуэна.

Для цитирования: Глебова Л.И., Задюнченко Е.В. Редкий случай болезни Боуэна на слизистой оболочке полости рта. Клинический разбор в общей медицине. 2022; 5: 73–76. DOI: 10.47407/kr2022.3.5.00166

A rare case of Bowen's disease on the oral mucosa

Larisa I. Glebova, Ekaterina V. Zadionchenko

Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia
z777kat@inbox.ru

Abstract

Bowen's disease is a precancerous disease whose histological picture fits into the concept of "cancer in situ". Most often, this disease is localized in different areas of the skin and belongs to the group dyskeratoses. Extremely rarely, the focus can occur on the oral mucosa. The article deals with the case of localization of Bowen's disease on the hard palate mucosa in a middle-aged woman. The main causes of the disease are indicated, diseases are given for the differential diagnosis of the process, as well as the histological signs of a typical form of the disease on the mucous membranes and its fingerprint picture are described.

Key words: Bowen's disease, precancerous diseases of the oral mucosa, histological diagnosis, fingerprint criteria for Bowen's disease.

For citation: Glebova L.I., Zadionchenko E.V. A rare case of Bowen's disease on the oral mucosa. Clinical analysis in general medicine. 2022; 5: 73–76. DOI: 10.47407/kr2022.3.5.00166

Болезнь Боуэна представляет собой предраковое заболевание, которое по своей гистологической картине чаще всего укладывается в понятие «cancer in situ».

Болезнь может возникать на коже и гораздо реже на слизистых. С медленно прогрессирующим ростом и последующей трансформацией в плоскоклеточный рак [13].

В 1912 г. Джон Т. Боуэн впервые описал два случая необычного дерматоза, имеющего похожую клиническую картину с предраковыми состояниями кожи. Дж. Боуэн сделал вывод о неизбежной малигнизации этих образований, что в дальнейшем подтверждалось клинически и гистологически [3]. Неблагоприятным исходом данных дерматозов является их трансформация в плоскоклеточный рак кожи – один из наиболее распространенных немеланоцитарных видов рака кожи, доля которого составляет 20% всех подобных новообразований [11].

Дарье на основании своих наблюдений подтвердил мнение Боуэна о преинвазивном характере заболевания. В дальнейшем многие ученые-клиницисты описывали

отдельные случаи болезни Боуэна, но в основном эти работы освещали клинику и гистологию заболевания с локализацией на коже. Несравненно меньше было сообщений о случаях болезни Боуэна с локализацией на слизистой оболочке полости рта (СОПР), что объясняется, видимо, редкостью такой локализации [12].

Нами отмечалось, что этот процесс уже с самого начала является cancer in situ. Однако это не означает, что всякий cancer in situ на СОПР именно болезнь Боуэна. Этот процесс сопровождается своеобразными изменениями эпителия, которые были описаны Дарье как дискератоз. И поэтому отсутствие последнего несовместимо с диагнозом болезни Боуэна [3, 4].

Существует мнение ряда ученых о непостоянстве дискератоза при болезни Боуэна, особенно при локализации на слизистых оболочках [8, 5].

Данное заболевание имеет мультифакториальную природу. Наиболее часто болезнь встречается у лиц старше 50 лет, с максимальным пиком 70 лет, преимущественно женского пола с поражением кожи нижней части туловища и нижних конечностей.

По данным ученых, с поражением слизистых оболочек выявлено примерно 3% больных [13]. Факторами риска считаются травматизация, иммуносупрессия, длительная инсоляция (если очаг находится на красной кайме губ); подтверждается роль вируса папилломы человека в развитии данной патологии (16, 18 и 56-й тип) [6, 7].

Клинические проявления болезни Боуэна на СОПР довольно разнообразны. Очаг может располагаться на любом месте СОПР: на дужках миндалин с переходом на мягкое небо, на слизистой щек и в ретромолярном пространстве, на язычке, на красной кайме губы. Это обычно ограниченное пятнисто-узловое поражение размером от 1 см в диаметре и более. Иногда очаг может быть похож на лейкоплакию, или красный плоский лишай. Поверхность очага также может быть разной: она или гиперемированная, гладкая, или бархатистая. Иногда несколько очажков сливается между собой, образуя бляшки неправильных полициклических очертаний. Субъективные ощущения обычно отсутствуют. Лимфатические узлы при болезни Боуэна не поражаются [3, 4].

Сотрудники нашей кафедры на протяжении многих лет занимаются диагностикой и лечением больных с заболеваниями СОПР на базе консультативной поликлиники ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова». Больные поступают из поликлиник города после безуспешного самолечения.

Клинический случай

На прием пришла женщина 48 лет с жалобами на наличие новообразования на слизистой твердого неба.

Анамнез. Считает себя больной в течение 2 лет, когда на приеме у стоматолога по месту жительства врач заметил наличие патологического образования на слизистой твердого неба. Больная уже 2 года замечала наличие очага на твердом небе, но к врачам не обращалась, так как никаких субъективных ощущений очаг не вызывал. Пациенткой было отмечено, что за последний год образование увеличилось в размерах.

Клинический осмотр. При осмотре СОПР на твердом небе в его центральной части обнаруживается ограниченное пятнисто-узловое образование размером 1,5 на 1,5 см с четкими границами, немного возвышающееся над поверхностью слизистой, застойного розово-красного цвета. Поверхность очага покрыта мелкими сосочковыми разрастаниями и имеет бархатистый вид (рис. 1). Субъективные ощущения отсутствуют. Лимфатические узлы в подчелюстной области при пальпации не увеличены и безболезненны.

Результаты клинико-диагностического обследования

Клинический анализ крови: эритроциты – $4,52 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 140 г/л; лейкоциты – $8 \times 9/л$; палочко-ядерные нейтрофилы – 3%; сегментоядерные нейтрофилы – 74%; эозинофилы – 1%; лимфоциты – 4%; моноциты – 1%; тромбоциты – $290 \times 10/л$; СОЭ – 14 мм/ч.

Рис. 1. Пациентка П., 48 лет. Болезнь Боуэна. Патологический очаг на верхнем небе.

Fig. 1. Female patient P. aged 48. Bowen's disease. Lesion on the palate.

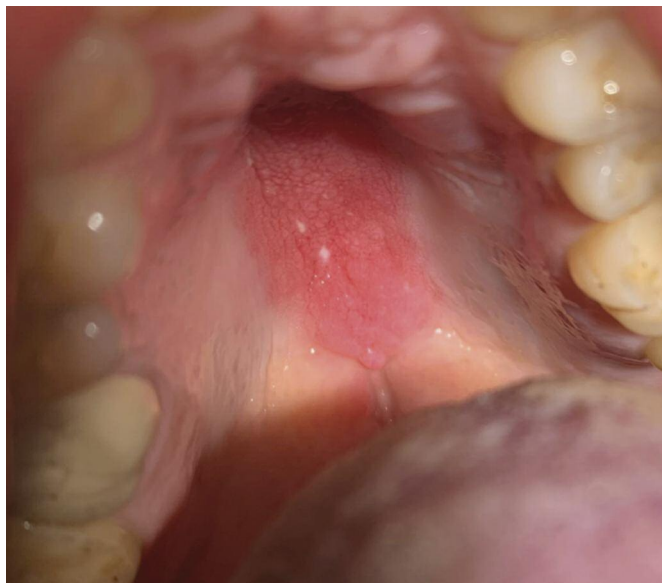


Рис. 2. На снимке представлено дерматоскопическое изображение новообразования, где определяются множественные серые точки и изогнутые линии, что характерно для плоскоклеточной карциномы in situ (болезнь Боуэна).

Fig. 2. The image shows dermatoscopy of neoplastic lesion with multiple grey dots and curved lines that are typical for squamous cell carcinoma in situ (Bowen's disease).



Клинический анализ мочи: плотность – 1,2; плоский эпителий – 1–2 в поле зрения; белок, эритроциты, бактерии не обнаружены; глюкоза – 6,0 ммоль/л.

Электрокардиограмма в пределах возрастной нормы.

После осмотра пациентки и оценки результатов клинико-диагностического обследования был поставлен предварительный диагноз: болезнь Боуэна.

Для заключительного диагноза основное значение имеют данные гистологического исследования из очага поражения.

Крупный отечественный дерматолог профессор А.Л. Машкилейсон, бывший руководитель кафедры

кожных и венерических болезней МГМСУ им. А.И. Евдокимова, многие годы посвятил изучению предраковых заболеваний СОПР и красной каймы губ. В 1970 г. он составил новую классификацию предраковых заболеваний СОПР и красной каймы губ, в которой болезнь Боуэна проходит как облигатный предрак с высокой частотой озлокачествления. При работе с больными с таким редким заболеванием мы ориентируемся на указания нашего учителя: «При малейшем подозрении на болезнь Боуэна необходимо производить биопсию, во время которой надо удалять весь очаг поражения. Учитывая, что инвазивный рост начинается не сразу на всем протяжении очага, а только в одной или двух точках, обычно по периферии очага, ни коем случае нельзя ограничиваться просмотром двух-трех препаратов» [13].

Для молодых врачей чрезвычайно важно хотя бы теоретически знать гистологическую картину болезни Боуэна. Гистологические изменения очага на слизистой оболочке отличаются от таковых на коже. Гипер- и паркератоз на слизистой выражены очень незначительно и могут даже отсутствовать [12]. Окантовка часто достигает больших размеров. Соединительнотканые сосочки имеют вид тонких полос, но базальный слой и базальная мембрана сохранены. Граница эпидермиса с дермой не нарушена. Значительно изменены клетки шиповидного слоя: они располагаются беспорядочно, хаотично, многие клетки имеют различные величину и форму, некоторые вакуолизированы, видны гиперхромные большие и маленькие ядра, иногда в виде обломков. В шиповидном слое встречаются уродливые «чудовищные клетки», иногда со множественными ядрами. В верхней части стромы определяется небольшой инфильтрат, состоящий из плазматических клеток и лимфоцитов (рис. 2).

При болезни Боуэна нет инфильтрирующего роста, он появляется через какой-то срок, когда болезнь превращается в настоящий рак [4].

В случае с нашей пациенткой она категорически отказалась от биопсии с удалением всего очага на слизистой твердого неба, и в Московском научно-исследовательском онкологическом институте им. П.А. Герцена была проведена дерматоскопическая диагностика [3, 4, 8, 11].

В зависимости от локализации новообразования и наличия пигмента дерматоонкологи на СОПР выделяют типичную (как у нашей больной) и пигментную формы [1]. Каждая форма имеет свою дерматоскопическую картину.

Какие данные были получены при этом относительно новом методе исследования?

У нашей пациентки при дерматоскопии очага поражения видны поверхностные бело-желтые чешуйки,

розовато-белая сосудистая псевдосеть, что соответствует типичной форме болезни Боуэна.

К основным дерматоскопическим критериям болезни Боуэна относятся сосуды в виде клубочков, поверхностные белесо-желтые чешуйки, а также розовато-белая сосудистая псевдосеть (см. рис. 2) [4, 7].

При пигментной форме болезни дополнительно определяются пигментные полосы, серовато-коричневые глобулы и бесструктурная пигментация [3, 8].

После оценки данных дерматоскопического исследования пациентке был поставлен диагноз: болезнь Боуэна слизистой полости рта.

При дифференциальной диагностике очаг болезни Боуэна на СОПР может напоминать лейкоплакию, красную волчанку с частичным исходом в атрофию, сифилитические папулы.

Клиника перечисленных кожных и венерических заболеваний на СОПР должна заставить врача подумать о болезни Боуэна, но окончательный диагноз возможен только после гистологического исследования, которое в этих случаях обнаруживает картину cancer in situ со злокачественным дискератозом.

Болезнь Боуэна – это еще несформировавшийся рак, так как отсутствует основной признак злокачественной опухоли – инвазивный рост. Ученые ставят на первое место по близости процесса к раку именно болезнь Боуэна. Но, когда эта болезнь перейдет в истинный рак, предсказать нельзя [2]. Учеными-дерматоонкологами разработан принцип лечения болезни Боуэна, который во многом зависит от локализации образования и его размера. В схему лечения этой болезни заложены следующие методы [2, 9, 10]:

1. Полное хирургическое удаление очага.
2. Криодеструкция.
3. Кюретаж и электрокоагуляция.
4. Фотодинамическая терапия.
5. Аппликация крема 5% имихимод.
6. Лазеродеструкция.
7. Лучевая терапия.

Прогноз

Несмотря на то, что болезнь Боуэна в основном протекает в виде ограниченного безболезненного очага и характеризуется медленным ростом, при трансформации образования в рак оно будет иметь высокую вероятность метастазирования. Пациенту необходимо тактично и доступно объяснить суть диагноза и его возможные последствия, а также настроить на благоприятный исход заболевания.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Литература / References

1. WHO Classification of tumors, 4th Edition, Volume 11. Edited by Elder D.E., Massi D. Scolyer R.A., Willemze R. 2018.
2. Молочков В.А., Молочкова Ю.В. Дерматоонкология: Лечение. М.: Практическая медицина, 2018. [Molochkov V.A., Molochkova Yu.V. Dermatoonkologiya: Lechenie. Moscow: Prakticheskaya meditsina, 2018 (in Russian).]
3. Majores M, Bierhoff E. Actinische Keratose, morbus Bowen, Kera-toakanthom und Plattenepithelkarzinom der Haut (Actinic Keratosis, Bowen`s disease, keratoacanthoma and squamous cell carcinoma of the skin). Pathology 2015; 36 (1): 16–29.
4. Paуapviraрong K, Takanava M. Dermoscopic classification of Bowen`s disease. Australas J Dermatol 2015; 56 (1): 32–5.
5. Bath-Hextall FJ, Matin RH, Wilkinson D, Leonardi-Bee J. Interventions for cutaneous Bowen`s disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013.
6. Shimizu A, Tamura A, Abe M et al. Human papillomavirus type 56-associated Bowen disease. Br Dermatol 2012; 167 (5): 1161–4.
7. Hu SG, Chiu HH, Chen GS et al. Dermoscopy as a diagnostic and follow up tool for pigmented Bowen`s disease on acral region. Dermatol Surg 2008; 34 (9): 1248–53.
8. Hansen JP, Drake AL, Walling HW. Bowen`s disease: a four-yaer retrospective review of epidemiology and treatment at university center. Dermatol Surg 2008; 34 (7): 878–83.
9. Rosen T, Harting M, Gibson M. Treatment of Bowen`s disease with topical 5% imiquimod cream: retrospective study. Dermatol Surg 2007; 33 (4): 427–31; dis. 431–22.
10. Manderou-Lefari S, Delli F, Koussidom-Eremondi T et al. Imiquimod 5% creamâ new treatment for Bowen`s disease. Int J Tissue React 2005; 27: 31–8.
11. Lee MM, Wick MM. Bowen`s disease. CA Cancer J Clin 1990; 40 (4): 237–42.
12. Машкеleyсон А.Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки рта. М.: Медицина, 1970. [Mashkeleison A.L. Predrak krasnoi kaimy губ i slizistoi obolochki рта. Moscow: Meditsina, 1970 (in Russian).]

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»
Larisa I. Glebova – Cand. Sci. (Med.), Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

Задюнченко Екатерина Владимировна – канд. мед. наук, ассистент каф. кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова». E-mail: z777kat@inbox.ru
Ekaterina V. Zadionchenko – Cand. Sci. (Med.), Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry.
E-mail: z777kat@inbox.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 07.11.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 17.11.2022