

Злокачественные опухоли кожи: базальноклеточный и плоскоклеточный рак.

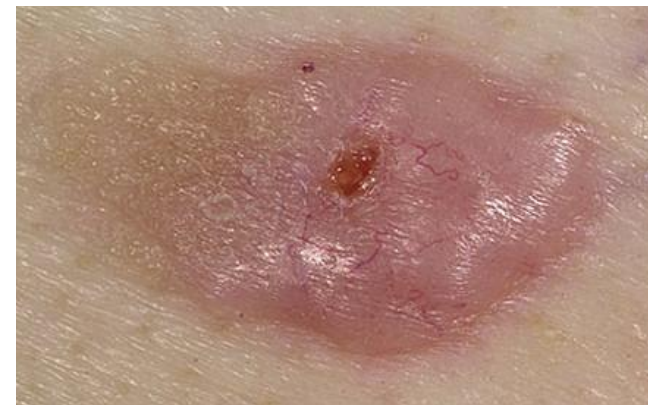
Подготовила: Аристархова А.О.

Злокачественные опухоли эпидермиса:

- Базально-клеточный рак кожи
- Плоскоклеточный рак кожи

Базальноклеточный рак кожи(син: cancer basocellulare, базалиома, базально-клеточная карцинома, эпителиома эритематозная множественная Литтла, *ulcus rodens*)- злокачественная опухоль кожи с выраженным деструктивным ростом, склонностью к рецидивированию, которая, как правило, не метастазирует.

Код по МКБ-10:
C44. Другие злокачественные новообразования кожи



Эпидемиология:

- Возраст: старше 50 лет;
- Пол: одинаково часто встречается у мужчин и женщин;
- Раса: у негроидов и монголоидов редко, чаще у представителей европеоидной расы;



1. Этиология и патогенез: неизвестны.
2. Факторы, способствующие развитию:
 - Длительная инсоляция у людей со светлой кожей (светочувствительность I и II типа) и у альбиносов
 - Контакт с канцерогенными веществами (препараты мышьяка)
 - Поздний лучевой дерматит
 - Пигментная ксеродерма
 - Диспластическая форма вируциформной эпидермодисплазии Левандовского-Лютца
 - Генетический фактор
 - Иммунные нарушения
3. Метастазирование: редко (только при резистентных к терапии инфильтративно-язвенных формах)
4. Гистогенез: Недифференцированные, плюрипотентные клетки

Клинические формы:

1. Узловато-язвенная (ulcus rodens)

- Микроузловая
- Язвенная
- Пигментная
- Кистозная
- Конглобатная
- Инфильтративная

2. Поверхностная

- Пигментная
- Саморубцующаяся (педжеттоидная)
- Язвенная

3. Слеродермоподобная

- Рубцово-атрофическая
- Язвенная

Узловая форма (60-75%)

- Восковидный, твердый, округлый узел, размеры: 2-5 мм (часто сопровождается телеангиоэктазиями)
- Изъязвления (воронкообразное, формирование ulcra с периферическим инфильтратом по периферии)
- Опухоль может содержать меланин (приобретая черную или синюю окраску)



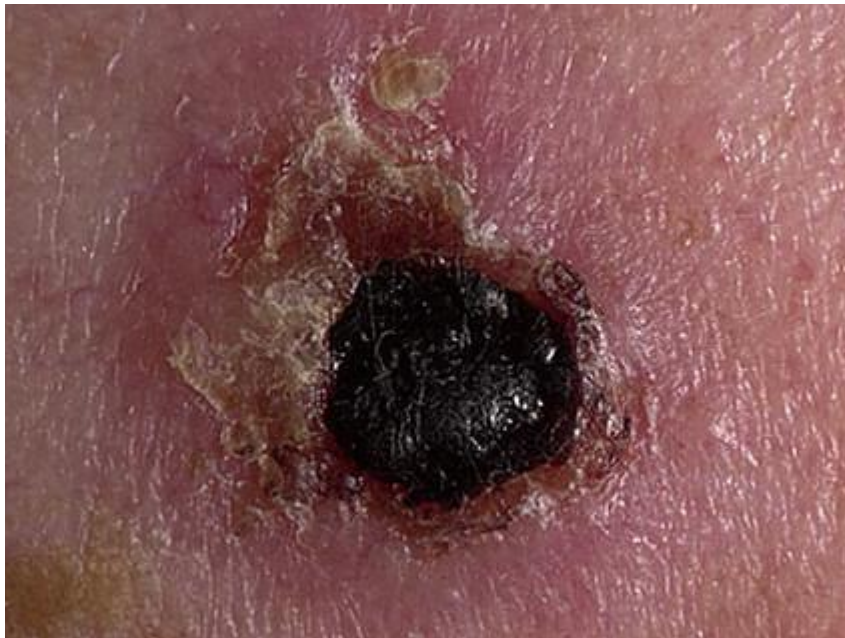
Рисунок 10-4. Базальноклеточный рак: узелково-язвенная форма. На крыле носа – одиночный перламутро-во-розовый узел с крупными телеангиоэктазиями. У больного – солнечный эластоз (одно из проявлений солнечной геродермии)



Рисунок 10-9. Базальноклеточный рак: пигментированная форма. Этот пестрый узел неправильной формы легко спутать с меланомой. В пользу базальноклеточного рака свидетельствуют полупрозрачные, «перламутровые» участки и поверхностные телеангиэктазии



Рисунок 10-5. Базальноклеточный рак: узелково-язвенная форма. На носу видны два узла: один – большой, красный, блестящий, с бугристой поверхностью; второй, возле кончика носа – поменьше, но с изъязвлением. У больного – солнечная геродермия



Поверхностная форма (10%)

- Красновато-бурая, шелушащаяся бляшка, с участками гипо- и гиперпигментации, атрофии
- Валикообразные края
- Располагаются на туловище и конечностях, реже на лице
- Медленный многолетний рост



Рисунок 10-8. Базальноклеточный рак: поверхностная форма. На туловище расположена крупная (6x10 см) плоская бляшка с четкими границами. Края слегка приподняты и образуют тонкий валик. Опухоль покрыта множественными черно-синими пятнышками – это вкрапления пигментированной формы базальноклеточного рака. При легком поскабливании ногтем такие опухоли обычно кровоточат. В данном случае из-за травмы образовалось несколько эрозий, покрытых корками

Саморубцующийся рак Литтла

Склеродермоподобная форма

- Инфильтративная твердая бляшка с желтоватой восковидной поверхностью и телеангиэктазиями



Рисунок 10-7. Базальноклеточный рак: склеродермоподобная форма. Опухоль расположена ниже уровня кожи и напоминает рубец или ограниченную склеродермию. На ее поверхности видны телеангиэктазии и множественные мелкие гиперпигментированные участки. Края опухоли слегка приподняты

Гистологические формы:

1. Дифференцированный:

- Кератотическая (с пилоидной дифференцировкой)
- Кистозная
- Аденоидная (с железистой дифференцировкой)
- Базилома с сальной дифференцировкой

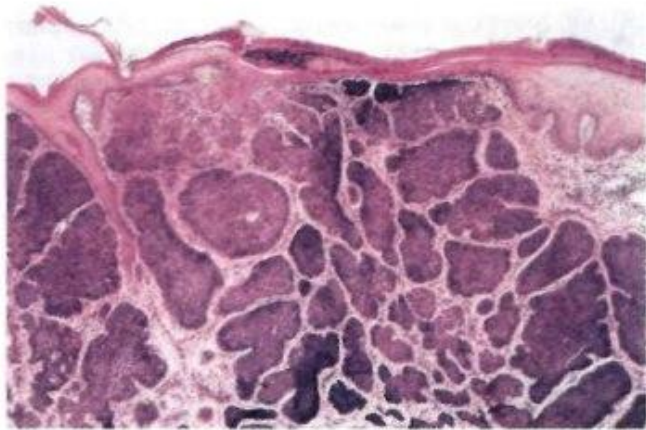
2. Недифференцированный:

- Солидная
- Пигментная
- Морфеаподобная
- Поверхностная

Гистологические критерии:

- Комплексы из эпителиальных клеток с темно-окрашенными овальными ядрами в центральной части
- В отличие от базальных клеток отсутствием межклеточных мостиков
- Ядра мономорфные
- Строма пролиферирует вместе с клеточным компонентом опухоли

Гистологические формы

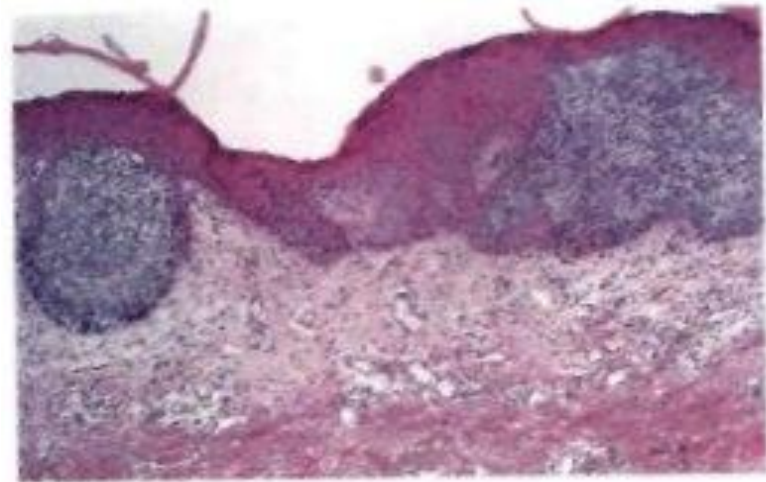


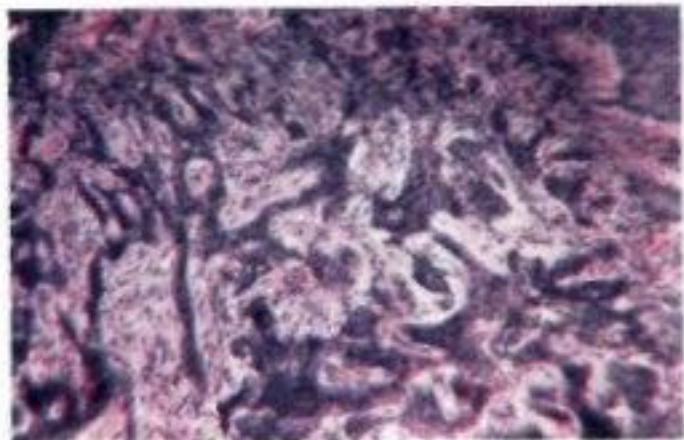
Базалиома (солидный тип)

В дерме видны очаги из недифференцированных клеток, окруженных вытянутыми клетками в виде частокола.

Поверхностная базалиома

Очаги солидного строения связаны с базальным слоем эпидермиса, окружены вытянутыми клетками.



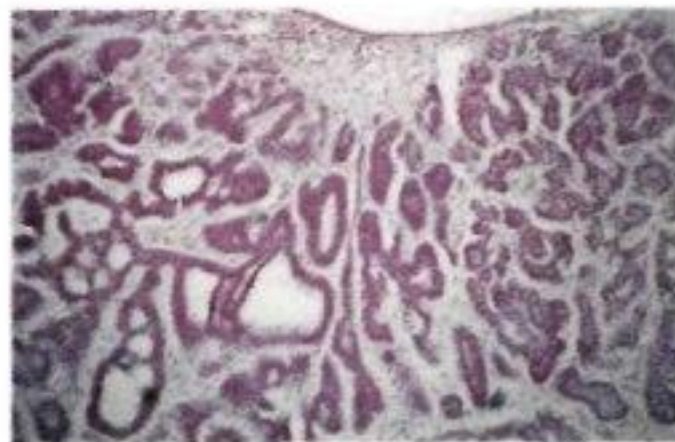


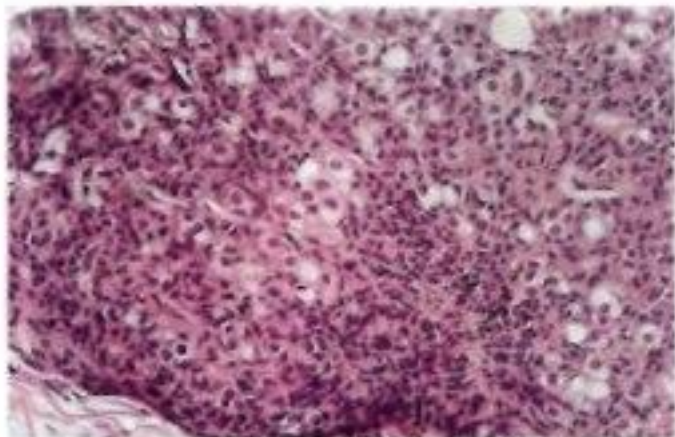
Склеродермоподобная базилома

Среди сильно развитой стромы
располагаются тяжи и мелкие группы
опухолевых элементов

Базалиома (аденоидный тип)

Среди солидных комплексов
выявляются узкие эпителиальные
тяжи формирующие тубулярные или
альвеолярные структуры



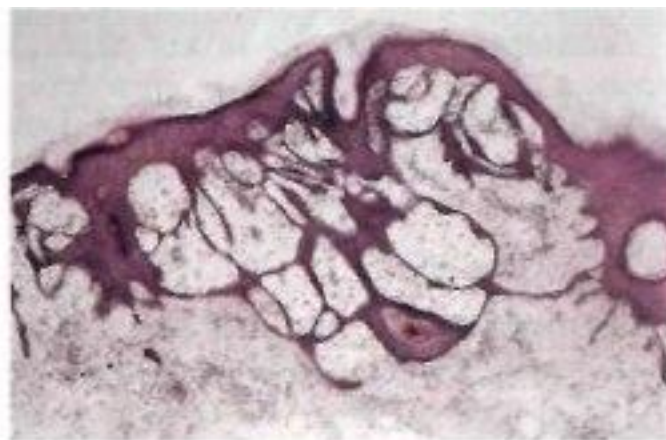


Базилома с сальной дифференцировкой

Среди атипичных эпителиальных тяжей видны островки клеток, напоминающих клетки сальных желез.

Базилома (фиброэпителиальный тип)

Между тяжами базалоидных клеток имеются разрастания соединительной ткани



Синдром Горлина-Гольца

Синдром Горлина-Гольца (невобазоцеллюлярный синдром) - полиорганотропный, аутомосомно-доминантный синдром, относящийся к факоматозам.

Симптомы:

- Возникновение множественных базалиом;
- Одонтогенные кисты челюсти и аномалии ребер;
- Возможны катаракта и изменения со стороны ЦНС;



Факторы риска для базальноклеточного рака

	Низкий риск	Высокий риск
1. Локализация		
•Туловище и конечности	<20 мм	>20 мм
•Волосистая часть головы	<10 мм	>10мм
•Остальные части лицевого отдела, гениталии, руки и ступни	<6 мм	>6 мм
2. Границы	Хорошо определяемые	Плохо определяемые
3. Первичная/рецидивная	Первичная	Рецидивная
4. Иммуносупрессия	-	+
5. Зона ранее проведенной ЛТ	-	+
6. Гистологический подтип	Нодулярный , поверхностный	Агрессивные гистоподтипы
7. Периневральное вовлечение	-	+

Дифференциальная диагностика:

- Ороговевающий плоскоклеточный рак, Кератоакантома (от опухолевой солитарной формы)
- б. Боуэмена
- Склеродермия (от склеродермоподобной формы)
- С. Горлина-Гольца, Себорейный кератоз (от поверхностной множественной формы)
- Меланома, меланоз Дюбрея (от пигментной формы)



Диагностика базальноклеточного рака кожи:

- Клиника
- Цитология
- Гистология



Лечение:

1. Хирургическое лечение
2. Криодеструкция
3. Метод Ф.Е.Мohs (метод Моса)
4. Лучевая терапия рака: близкофокусную рентгенотерапию, гамма- и электронную терапию.
5. Лазеротерапия
6. Кюретаж с электрокоагуляцией
7. Лекарственное лечение – Висмодегиб (Vismodegib)

Плоскоклеточный рак

Плоскоклеточный рак (эпителиома плоскоклеточная , спиналиома , рак спиноцеллюлярный) — наиболее злокачественная опухоль из всех эпителиальных новообразований кожи.

Код по МКБ-10

C44. Другие злокачественные новообразования кожи.рак

Эпидемиология:

- Возраст: старше 50 лет;
- Пол: в целом мужчины болеют чаще, но плоскоклеточный рак голени чаще встречается у женщин;
- Раса: чаще у представителей европеоидной расы со светлой кожей (светочувствительность I и II типов), у негроидов и монголоидов инсоляция не играет роли, опухоль возникает под действием других факторов;

1. Этиология и патогенез:

- Вирус папилломы типов 16, 18, 31, 33, 35 и 45 (вызывают плоскоклеточный рак вульвы, полового члена, заднепроходного канала и ногтевых валиков);
- Иммуносупрессивная терапия
- Местное лечение хлорметином
- Фотохимиотерапия
- Предраковые заболевания (плоскоклеточный рак *in situ*): болезнь Боуэна, Эритроплазия Кейра

2. Факторы, способствующие развитию:

- Работа на открытом воздухе: фермеры, моряки, электромонтеры, строители.
- Работающие с химическими канцерогенами (производными нитрозомочевины, полициклическими ароматическими углеводородами)
- Поражение участков кожи, подвергающихся постоянной травмотизации и зоны перехода кожи в слизистую (губы, нос, аногенитальная область)

3. Гистогенез: атипичные клетки плоского эпителия с инвазивным ростом (в дерму и подкожные ткани)

Классификации:

Клинические формы

(по рекомендациям 2014г . ОФОР):

- Поверхностная;
- Инфильтрирующая;
- Папиллярная;

По распространенности:

- Солитарные;
- Множественные(реже);

Особые формы плоскоклеточного рака наружных локализаций:

- Рак губы;
- Рак полости рта;
- Рак языка;
- Рак полового члена;
- Рак вульвы;

По степени клеточной дифференцировки :

Клинические формы:

I. Опухолевый тип характеризуется :

- a) Узлом или бляшкой краснорозовой окраски либо цвета неизмененной кожи, покрытой корками, роговыми массами или бородавчатыми разрастаниями
- b) За несколько месяцев опухоль прорастает в глубокие отделы кожи и подкожную жировую клетчатку, образуя куполообразный узел диаметром 2–3 см и более, плотной консистенции, малоподвижный, некротизирующий и изъязвляющийся.

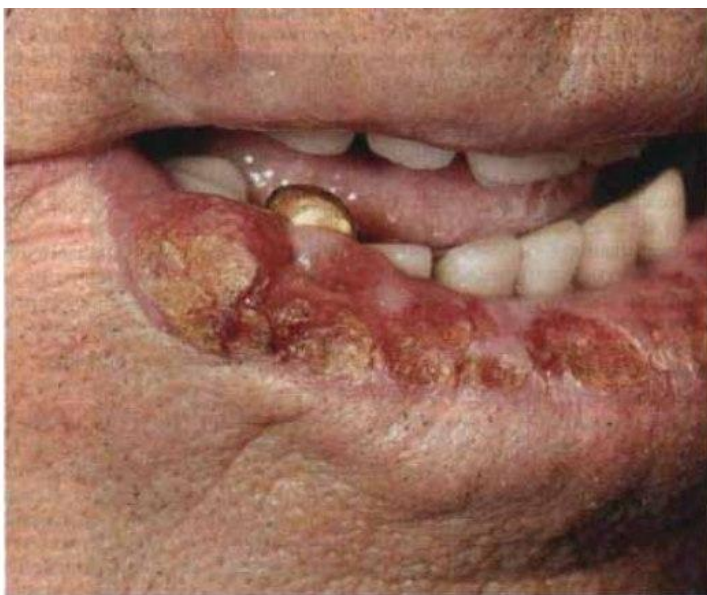


Клинические формы:

II. Язвенный тип

- a) Поверхностная разновидность растет не вглубь, а по периферии, характеризуется поверхностной язвой неправильной формы с четкими краями, покрытой коричневой коркой.
- b) Глубокая разновидность распространяется и по периферии, и в подлежащие ткани. Проявляется язвой с крутыми подрытыми краями. Дно язвы сальное, бугристое, желтовато-красного цвета с желто-белым налетом. Регионарные метастазы при язвенном





Плоскоклеточный рак

На красной кайме нижней губы виден большой узел с ороговевающим и изъязвленными участками

Плоскоклеточный рак

На завитке ушной раковины – крупная бляшка с изъязвлением и ороговением.





Низкодифференцированный плоскоклеточный рак

На голени в старом рубце красные узлы, похожие на грануляционную ткань. В отличие от высокодифференцированного – признаков ороговения нет.

Факторы риска для плоскоклеточного рака

	Низкий риск	Высокий риск
1. Локализация		
•Туловище и конечности	<20 мм	>20 мм
•Волосистая часть головы	<10 мм	>10мм
•Остальные части лицевого отдела, гениталии, руки и ступни	<6 мм	>6 мм
2. Границы	Хорошо определяемые	Плохо определяемые
3. Первичная/рецидивная	Первичная	Рецидивная
4. Иммуносупрессия	-	+
5. Зона ранее проведенной ЛТ или хронического воспалительного процесса	-	+
6. Быстрорастущая опухоль	-	+
7. Неврологические симптомы	-	+
8. Степень дифференцировки	хорошо	Средене/Плохо диф.
9. Акантолитический, аденосквамозный или десмопластический подтип	-	+
10. Толщина или уровень по Кларку	<2 мм или 1,2,3 уровень	>2мм или 4,5 уровень
11.Перинеуральное или сосудистое вовлечение	-	+

Дифференциальный диагноз:

- Псевдоэпителиоматозная гиперплазия
- Базально-клеточный рак
- Б.Боуэна



Диагностика:

- Клиника
- Цитология
- Гистология



Лечение:

- Хирургический (иссечение опухоли и лимфодиссекция);
- Лучевая терапия (используется при большой распространенности очага, возможно сочетание с криотерапией);
- Химиотерапия (цисплатина в монорежиме или в комбинации с 5- фторурацилом);

Спасибо за внимание !

