

# 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

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

# Факторы риска

Иммunosupрессия	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 невоцитарный невус

# Солнечный кератоз



# Диспластический невус



# Лентиго



# Врожденный невоомеланоцитарный невус



# Факторы риска

<p>Дефекты восстановления ДНК</p>	<p>Пигментная ксеродерма</p>	<p>Пигментная ксеродерма Семейная меланома (FAMM syndrome)</p>
---	----------------------------------	--

# 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  
Поверхностный  
Солидный  
Пигментированный  
(имитирует меланому)  
Склеротизирующий  
Аденоидный

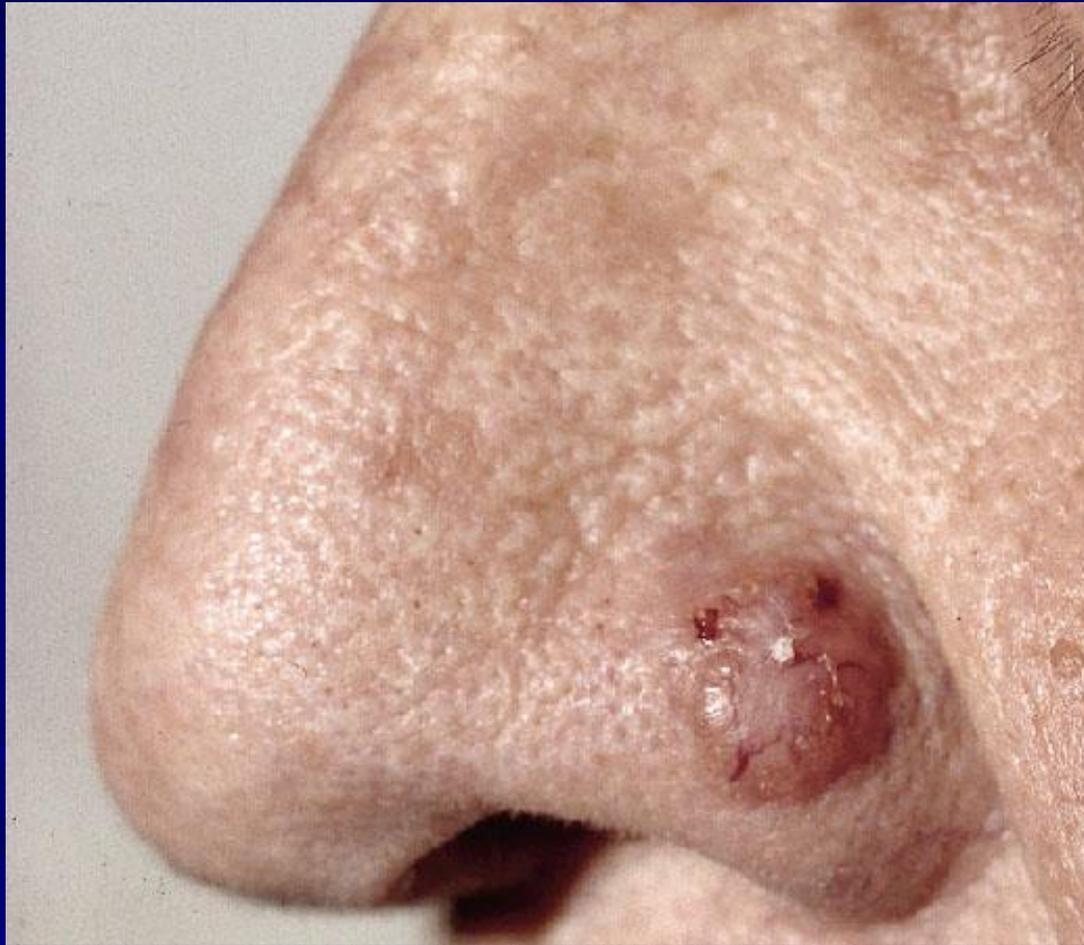
Кистозный  
Кератотический  
Переходный  
Смешанный

# 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
- Адьювантно проводят лучевую терапию
- При отсутствии отдаленных метастазов 5 – летняя выживаемость 75-80%

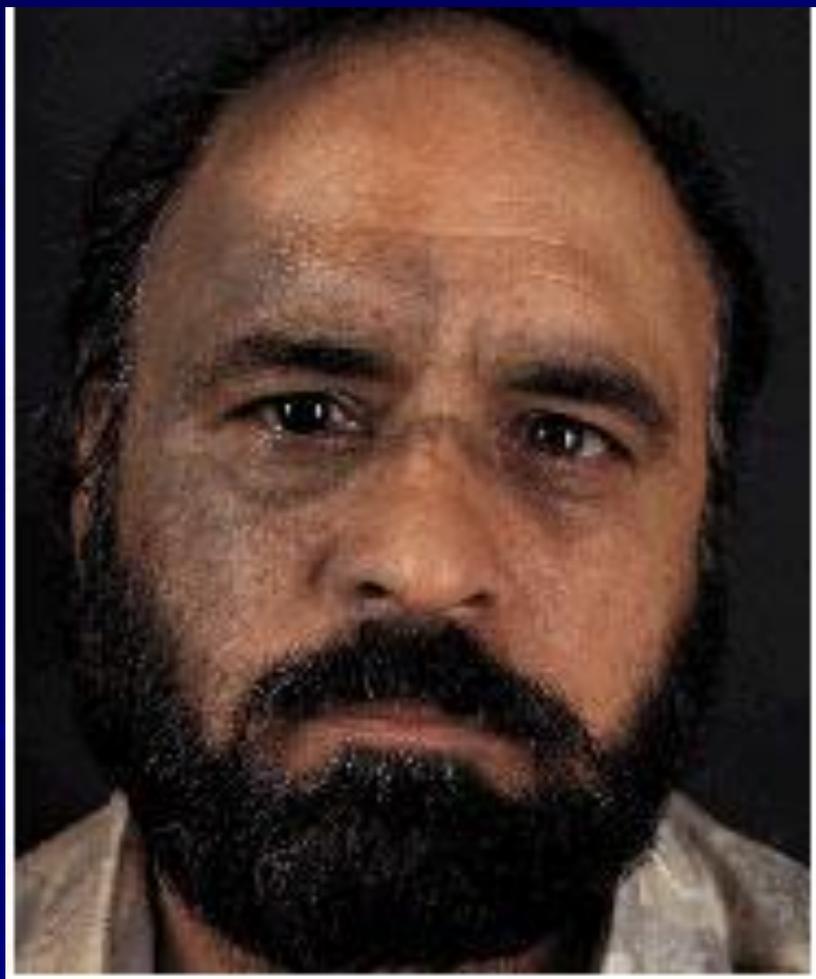
# Меланома

- 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 неvus



# 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: (А) неправильная асимметричная форма, (В) неровные фестончатые края, (С) неравномерность окраски и (D) диаметр более 6 мм и (Е) 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

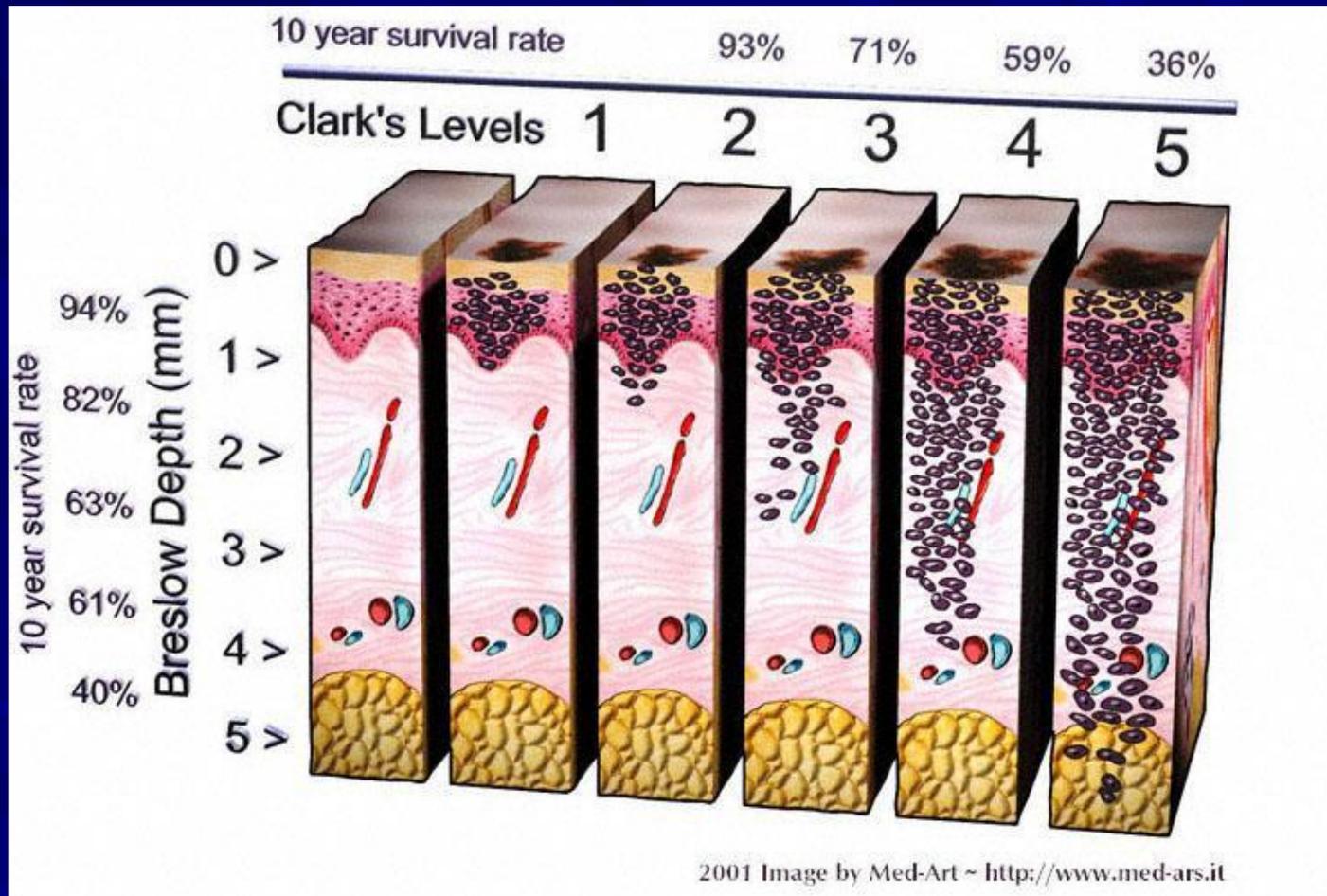
# Диагностика

- 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

pMX — 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