

<https://doi.org/10.34883/PI.2022.8.4.016>
УДК 616.5-002.182-03-091.8-07



Колдарова Э.В.¹, Пулатов М.А.¹, Мухамедов Б.И.² ✉

¹ ASMO Clinic, Ташкент, Узбекистан

² Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

Клинический случай ранней диагностики базальноклеточной карциномы кожи методом дерматоскопии

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования – Пулатов М.А.; сбор материала, обработка, написание текста – Колдарова Э.В.; редактирование, окончательное одобрение варианта статьи для опубликования – Мухамедов Б.И.

Информированное согласие. Информированное согласие пациента на публикацию данных получено.

Информация о спонсорстве. Данная работа не финансировалась.

Подана: 15.10.2022

Принята: 19.12.2022

Контакты: mukhamedov69@gmail.com

Резюме

В последние годы во всем мире отмечается неуклонный рост заболеваемости базальноклеточной карциномой кожи, ежегодный прирост составляет 3–10%. Это злокачественное новообразование кожи отличается медленным ростом и низкой склонностью к метастазированию. Представлен клинический случай ранней диагностики базальноклеточной карциномы на коже над верхней губой размером 0,2×0,4 см в диаметре у пациентки 65 лет на основании дерматоскопического осмотра. Дерматоскопия является высокоинформативным неинвазивным аппаратным методом выявления меланоцитарных и немеланоцитарных образований кожи на ранних стадиях злокачественного опухолевого процесса. Отмечена необходимость проявления онкологической настороженности при малейшем подозрении на возможность наличия данного заболевания.

Ключевые слова: базальноклеточная карцинома, базалиома, новообразования кожи, ранняя диагностика, дерматоскопия

Koldarova E.¹, Pulatov M.¹, Mukhamedov B.² ✉

¹ ASMO Clinic, Tashkent, Uzbekistan

² Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

Clinical Case Early Diagnosis Basal Cell Carcinoma of the Skin by Dermatoscopy

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: the concept and design of the study – Pulatov M.; collection of material, processing, writing the text – Koldarova E.; editing, final approval of the version of the article for publication – Mukhamedov B.

Informed consent. Informed consent of the patient to the publication of their data received.

Sponsorship information. This work was not funded.

Submitted: 15.10.2022

Accepted: 19.12.2022

Contacts: mukhamedov69@gmail.com

Abstract

In recent years, there has been a steady increase in the incidence of basal cell carcinoma of the skin worldwide, with an annual increase of 3–10%. This malignant neoplasm of the skin is characterized by slow growth and a low tendency to metastasize. The article presents a clinical case of early diagnosis of basal cell carcinoma on the skin above the upper lip, 0.2×0.4 cm in diameter in a 65-year-old patient based on a dermoscopic examination. Dermatoscopy is a highly informative, non-invasive hardware method for detecting melanocytic and non-melanocytic skin formations in the early stages of a malignant tumor process. The need for manifestation of oncological alertness at the slightest suspicion of the possibility of the presence of this disease was noted.

Keywords: basal cell carcinoma, basalioma, skin neoplasms, early diagnosis, dermatoscopy

Базальноклеточная карцинома (син. базалиома) (БКК) – это одна из наиболее часто встречаемых злокачественных опухолей кожи [1], составляющая 45–90% в структуре всех эпителиальных опухолей кожи [2, 3]. БКК берет свое начало в базальных клетках эпидермиса и может развиваться только в областях кожи, где отмечается наличие волосяных фолликулов, следовательно, первичное проявление БКК на ладонях и подошвах, а также на слизистых оболочках исключено. Это злокачественное новообразование кожи отличается медленным ростом и низкой склонностью к метастазированию, но при агрессивном течении опухоли возможен и смертельный исход.

Этиология БКК до сих пор неясна, но имеет многофакторный характер в результате взаимодействия как эндогенных, так и экзогенных факторов риска. Согласно данным специализированной литературы, отмечается неуклонный рост заболеваемости БКК в последние годы во всем мире. Более того, ученые прогнозируют, что заболеваемость будет продолжать расти в предстоящие десятилетия. Согласно данным международных реестров онкологических заболеваний, средний возраст начала заболевания в настоящее время составляет 73 года у мужчин и 71 год у женщин. БКК встречается у обоих полов, однако у лиц мужского пола несколько чаще [4, 5]. Одной из возможных причин преобладания мужчин рассматривается работа

на производствах с вредными условиями труда (системное и местное воздействие химических канцерогенов, пестицидов, смол, сажи, дегтя, высоких и низких температур, ионизирующего облучения) [6, 7].

К другим факторам развития БКК относят:

- интенсивное ультрафиолетовое облучение (УФО), которое рассматривается в качестве основного фактора риска развития БКК в настоящее время (солнечная инсоляция, солярии и др.) [8];
- светлый фототип (I и II тип кожи по Фитцпатрику);
- наследственные и иммунологические факторы. Неопластическое преобразование клетки, как полагают, происходит в результате ряда изменений в ее геноме, которые ведут к прогрессивному нарушению контроля за ростом и дифференцировкой клетки. В 9-й хромосоме генома человека есть ген, мутации которого приводят к развитию базальноклеточного рака. Вероятная причина мутаций – УФО, которое приводит к нескольким типам повреждения генов, включая образование фотодимеров, обрывов цепочки ДНК. Точечные мутации гена под воздействием УФО выявляют в 40–56% случаев БКК;
- отягощенную наследственность по онкологическим заболеваниям кожи, наличие БКК у родственников первой линии родства;
- длительную иммуносупрессию и генетические синдромы (синдром БКК, пигментная ксеродерма);
- рубцы и хронические вялотекущие язвенные поражения кожи в областях, не подверженных хроническому воздействию ультрафиолета [9];
- хроническую механическую травму кожи в анамнезе.

Локализуется БКК преимущественно на открытых участках кожных покровов, подвергающихся частым воздействиям солнечной инсоляции, в 70% это лицо, волосистая часть головы, шея, тыльная сторона рук [10–12]. Согласно наблюдениям большинства исследователей, излюбленной локализацией БКК является кожа лица. Так, Т.П. Писклакова отмечала подобную локализацию опухоли в 96,4% случаев [13], по данным А.Н. Хлебниковой, на коже лица локализовалось 62,1% поверхностных и 73,6% нодулярных базалиом [14].

Клинические проявления БКК многообразны. Для БКК характерен локально инфильтративный и деструктивный тип роста. Течение БКК хроническое, опухоль растет медленно, редко метастазирует. Различают поверхностную, нодулярную, язвенную, пигментную и склеродермоподобную формы БКК и фиброэпителиому Пинкуса. Ряд авторов относят пигментную форму к разновидности нодулярной или поверхностной формы, в связи с чем считают нецелесообразным рассматривать ее как самостоятельную [15].

Учитывая, что БКК преимущественно локализуется в косметически значимых зонах, где не всегда возможно проведение инвазивных диагностических исследований, в частности биопсии, особую актуальность приобретают неинвазивные методы диагностики, позволяющие своевременно заподозрить развитие новообразования. В настоящее время наиболее доступным неинвазивным методом исследования опухолей кожи является дерматоскопия. Этот метод позволяет проводить дифференциальную диагностику доброкачественных и злокачественных образований, основываясь на дерматоскопических признаках [16, 17]. Выявляемое при дерматоскопии отсутствие структур, свидетельствующих о наличии пигмента, говорит

об опухолевидном процессе немеланоцитарного происхождения. Для постановки дерматоскопического диагноза БКК необходимо обнаружение одного из следующих признаков [18]:

- древовидных сосудов – неравномерно ветвящихся ярко-красного цвета сосудов большого диаметра, расположенных на поверхности опухоли [19]. Чаще встречаются при узловой форме, но также и при других формах БКК. Их наличие может определяться как фактор высокого риска рецидивирования;
- поверхностных тонких телеангиоэктазий – коротких тонких линейных сосудов с малым количеством разветвлений. Этот признак чаще встречается при поверхностной форме БКК, что, соответственно, можно расценивать как фактор низкого риска рецидивирования;
- серо-голубых оvoidных структур – с четкими границами, сливающихся или близко расположенных друг к другу, овальной формы, по размерам крупнее, чем глобулы. Эти структуры встречаются при всех формах БКК, кроме поверхностной [20]. Их относят к факторам высокого риска рецидивирования;
- множественных серо-голубых точек и глобул – многочисленных, свободно расположенных овальных структур, которые по размеру меньше гнезд. Могут быть представлены при всех формах БКК, реже при поверхностной, что позволяет относить этот признак к факторам высокого риска рецидивирования;
- локализованной группы точек – скопления серых точек. Говорит о низком риске рецидивирования;
- рисунка по типу «кленового листа». Представляет собой овальные, коричневые или серо-голубые радиально расположенные структуры. Встречается при всех формах БКК, но чаще при поверхностной, что позволяет относить этот признак к факторам низкого риска рецидивирования;
- структур по типу «спицы колеса». Представлены в виде радиальных линий от серого до темно-коричневого цвета, выходящих из одной точки. Могут встречаться при всех формах БКК, но чаще при поверхностной; относятся к фактору низкого риска рецидивирования;
- концентрических структур. Определяются как неправильной формы глобулы разного цвета (синий, серый, коричневый, черный) с более темным центральным участком, которые, возможно, представляют собой вариацию или предшественника структур по типу «спицы колеса» [21]. Могут быть представлены при всех формах БКК, чаще при поверхностной, и отнесены к факторам низкого риска рецидивирования;
- изъязвления – бесструктурной области желтого, красного или черного-красного цвета. Изъязвление обычно сопровождает узловые формы опухоли, и этот признак можно отнести к факторам высокого риска рецидивирования;
- множественных участков эрозирования малого размера – небольших коричнево-красного или коричнево-желтого цвета корок. Участки эрозирования могут быть отнесены к факторам низкого риска рецидивирования;
- белесовато-розовых бесструктурных областей. Встречаются при поверхностной форме БКК;
- коротких белесоватых полос (хризалиды). Их можно увидеть только при использовании поляризованной дерматоскопии как ортогональные короткие и толстые пересекющиеся линии.

Последние 2 дерматоскопических признака относятся к факторам высокого риска рецидивирования.

Установлено, что дерматоскопические признаки с разной частотой встречаются при определенных клинических формах базалиомы. Так, наличие гомогенных зон белого и розового цвета и сосудов в виде шпилек типично для поверхностной формы, а древовидных сосудов и сине-серых овоидных гнезд – для нодулярной [22].

Некоторые исследователи отмечали параллели между гистологическим типом базалиомы и особенностями дерматоскопической картины, а также выделяли признаки, характерные для опухолей, имеющих выраженный инвазивный рост [23]. В этой связи актуальным представляется поиск дерматоскопических критериев, которые соотносились бы с морфологическим типом опухоли и тем самым позволяли прогнозировать ее рост, не прибегая к инвазивным диагностическим методикам. Поэтому вопросы ранней диагностики и лечения БКК представляют актуальную значимость.

■ ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Пациентка Т., 65 лет, жительница г. Ташкента, в начале июня 2022 г. обратилась за медицинской помощью в дерматологическую клинику ASMO clinic с жалобами на образование над верхней губой слева. Со слов, отметила появление образования в конце 2021 г., решив, что это угорек, самостоятельно в домашних условиях неоднократно пыталась его вскрывать, но никаких выделений не отмечала. Спустя пару недель после заживления ранки пробовала повторно вскрывать, также безрезультатно. Ввиду отсутствия субъективных жалоб пациентка решила, что «болячка» самопроизвольно разрешится, и за медицинской помощью не обращалась. В течение последнего месяца отметила появление легкой пигментации коричневого цвета, в связи с чем обратилась к дерматологу.

Status localis: кожно-патологический процесс носит хронический, невоспалительный, ограниченный, асимметричный характер. Локализуется над кожей верхней губы слева, размер 0,2×0,4 см в диаметре. Представлен папулой плотно-эластичной консистенции светло-коричневого цвета. Субъективно – не беспокоит (рис. 1).

Пациентке был проведен осмотр дерматоскопом Fotofinder handyscope. Результаты дерматоскопического исследования показали отсутствие структур, свидетельствующих о наличии пигмента, что говорило в пользу опухолевого процесса немеланоцитарного поражения кожи. Наблюдались следующие дерматоскопические признаки, отражающие проявления БКК: серо-голубые глобулы – хорошо отграниченные округлые точки, расположенные в верхней левой части образования; короткие тонкие телеангиоэктазии – поверхностные сосуды небольшого калибра длиной менее 1 мм, склонные к разветвлению (рис. 2).

На основании данных клинического осмотра, дерматоскопической картины был установлен диагноз – базальноклеточный рак кожи над верхней губой слева. Пациентка была направлена к онкологу в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии (РСНПМЦОиР), где была обследована на наличие новообразования кожи.

В условиях РСНПМЦОиР пациентке была проведена эксцизионная биопсия с отступом 4 мм, согласно рекомендациям NCCN (National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology).



Рис. 1. Пациентка Т., 65 лет. Образование размером 0,2х0,4 см над кожей верхней губы слева
Fig. 1. Patient T., 65 years old. Formation measuring 0.2x0.4 cm above the skin of the upper lip on the left

Результат гистологического исследования: фрагмент ткани размером 0,6х0,4 см, белесоватого цвета, мягкой консистенции. Эпидермис утолщен, с небольшими роговыми кистами. От базального слоя эпидермиса отходят многочисленные, крупные, тесно расположенные солидные структуры, образованные небольшими, атипичными, насыщенно окрашенными полиморфными базальными клетками, которые в толще ткани имеют полигональную, а по периферии – призматическую форму. Строма с фиброзом, инфильтрирована лимфоцитами. Результат гистологического исследования биоптата опухоли подтвердил диагноз – базальноклеточный рак. Гистологическая классификация опухоли по ВОЗ, 2018: 8090/3 (рис. 3).

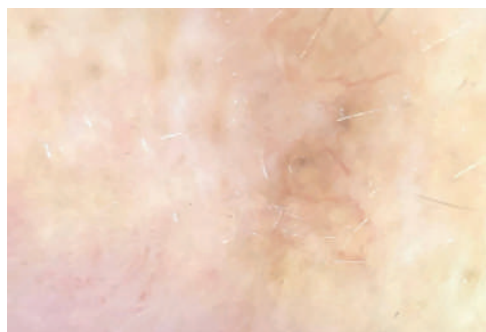


Рис. 2. Дерматоскопическая картина базальноклеточной карциномы над кожей верхней губы слева. Отмечаются тонкие телеангиоэктазии и серо-голубые глобулы
Fig. 2. Dermoscopic picture of basal cell carcinoma over the skin of the upper lip on the left. Thin telangiectasias and gray-blue globules are noted

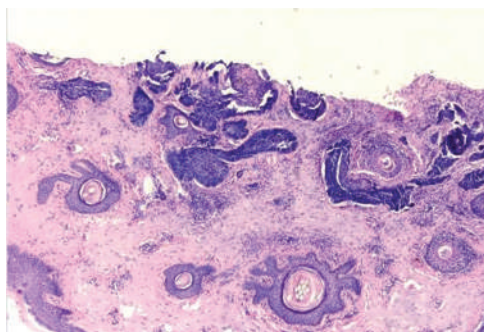


Рис. 3. Гистологическая картина биоптата с кожи над верхней губой, окраска гематоксилин-эозином. Увеличение x100
Fig. 3. Histological picture of a biopsy specimen from the skin above the upper lip, stained with Hematoxylin-eosin. Zoom x100

У пациентки отмечена положительная динамика – очаг поражения заэпителизировался, и в настоящее время она находится на диспансерном учете у онколога.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Следует отметить, что, согласно последним международным рекомендациям, постановка диагноза БКК основывается не только на результатах цитоморфологического и гистологического исследований. В зарубежных протоколах дополнительно указываются такие методы обследования, как конфокальная микроскопия, оптическая когерентная томография, УЗИ и дерматоскопическое исследование [9]. Самым доступным неинвазивным аппаратным методом ранней диагностики меланоцитарных и немеланоцитарных новообразований кожи для врача-дерматолога и онколога является эпифлюоресцентная микроскопия (дерматоскопия), позволяющая на основании разработанных критериев не только вовремя заподозрить, но и в совокупности с клинико-anamnestическими данными с высокой степенью достоверности верифицировать неоплазию кожи [12].

К примеру, в исследованиях Lang B.M. и соавт. и Ahn I. и соавт. было показано, в какой степени дерматоскопия способна предсказать гистологический подтип до операции [9, 25]. В частности, в проспективном несравнительном исследовании с участием более 3500 пациентов с БКК чувствительность и специфичность дерматоскопии для выявления любого типа базалиомы составили 93,3 и 91,8% соответственно [25]. Однако все современные диагностические методы являются либо скрининговыми, либо мониторирующими, поскольку окончательная верификация диагноза БКК кожи должна быть подтверждена патоморфологическим исследованием, являющимся «золотым стандартом» диагностики многих заболеваний, в первую очередь онкологических процессов.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагностика любого новообразования кожи начинается с тщательного визуального осмотра с применением знаний патогномоничных клинических проявлений той или иной нозологии. Безусловно, для правильной интерпретации полученных результатов визуального осмотра пациента при диагностическом исследовании злокачественных новообразований кожи большое значение имеет накопленный клинический опыт врача. Однако, независимо от предшествующего опыта специалиста, именно дерматологам отводится ведущая роль в ранней диагностике новообразований кожи и своевременном направлении пациента к профильному специалисту, где его дообследуют и назначат адекватное лечение. Дерматоскопия как метод с доказанной диагностической ценностью при раннем выявлении меланоцитарных и немеланоцитарных новообразований кожи достойна широкого внедрения в практическую деятельность онкологов и дерматологов.

По литературным данным, использование дерматоскопии значительно улучшило диагностическую точность для выявления поверхностных и небольших подтипов БКК, что повышает диагностическую значимость дерматоскопического метода именно на ранних стадиях опухолевого процесса. Однако, несмотря на широкое и успешное использование дерматоскопического исследования специалистами за рубежом и в России, в Узбекистане, оно с большим трудом пробивает себе полноправное место среди всех диагностических методов для выявления новообразований кожи.

Описанием данного клинического случая мы хотели напомнить врачам всех специальностей о разнообразных клинических вариантах течения БКК и необходимости проявлять онкологическую настороженность при малейшем подозрении на это заболевание, что поможет своевременно заподозрить злокачественный характер процесса на коже и повысит положительный прогноз для пациента.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Devine C., Srinivasan B., Sayan A., Ilankovan V. Epidemiology of basal cell carcinoma: a 10-year comparative study. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2018;56(2):101–6. DOI: 10.1016/j.bjoms.2017.11.018.
- Asgari M.M., Moffet H.H., Ray G.T., Quesenberry C.P. Trends in basal cell carcinoma incidence and identification of high-risk subgroups 1998–2012. *JAMA Dermatol.* 2015;151(9):976–98. DOI: 10.1001/jamadermatol.2015.1188.
- Schafer I., Reusch M., Siebert J., Spehr C., Augustin M. Health care characteristics of basal cell carcinoma in Germany: the role of insurance status and socio-demographic factors. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2014;12(9):803–11. DOI: 10.1111/ddg.12415.
- Bower C.P., Lear J.T., de Berker D.A. Basal cell carcinoma follow-up practices by dermatologists: a national survey. *Br. J. Dermatol.* 2001;145(6):949–956.
- Lai S.Y., Weber R.S. High-risk non-melanoma skin cancer of the head and neck. *Curr. Oncol. Rep. USA.* 2005;7(2):154–158.
- Smulevich V.B., Solenova L.G., Beljakova S.V. Parents' occupation as a factor of cancer risk in children. *Rossiyskiy onkologicheskij zhurnal.* 2001;4:45–47. (in Russian)
- Davydov M.I., Aksef' E.M., eds. Statistics of malignant neoplasms in Russia and CIS countries in 2009. *Vestnik RNC im. N.N. Blohina RAMN.* 2011;22(3(85): suppl. 1. (in Russian)
- O'Sullivan D.E., Hillier T.W.R., Brenner D.R., Peters C.E., King W.D. Indoor tanning and the risk of developing non-cutaneous cancers: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Causes Control.* 2018;29(10):937–50. DOI: 10.1007/s10552-018-1070-8.
- Lang B.M., Balermppas P., Bauer A., Blum A., Brolsch G.F., Dirschka T. S2k Guidelines for cutaneous basal cell carcinoma. Part 1: epidemiology, genetics and diagnosis. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2019;17(1):94–103. DOI: 10.1111/ddg.13733.
- Kabanova M.A., Volgin V.N., Popov N.M., Sachek O.I., Shelepova E.A. Clinical manifestations of basal cell skin cancer and the effectiveness of treatment of patients. *Current problems of health care and medical statistics.* 2018;(2):28–36. (in Russian)
- Volgin V.N., Sokolova T.V., Kolbina M.S., Sokolovskaya A.A. Basalioma: epidemiology, etiology, pathogenesis and clinical picture (part 1). *Vestnik dermatologii i venerologii.* 2013;(2):6–14. (in Russian)
- Sergeev Y.Y., Mordovtseva V.V., Katunina O.R., Sergeev V.Y. Multiple primary skin cancer: case report and literature review. *Medical alphabet.* 2019;1(7(382)):78–82. DOI: 10.33667/2078-5631-2019-1-7(382)-78-82. (in Russian)
- Pisklavkova T.P. Basal cell carcinoma of the skin: classification. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney.* 2003;(6):6–7. (in Russian)
- Khlebnikova A.N. Clinical flow phenomena of basal cell carcinoma of the skin. *Sovremennye problemy dermatovenerologii, immunologii i vrachebnoy kosmetologii.* 2010;(1):44–9. (in Russian)
- Dzybova E.M., Vardanyan K.L., Vasilevskaya E.A. Squamous cell carcinoma of the skin: clinical presentation, diagnosis, treatment, and prevention. *The Russian Journal of Dermatology and Venereology.* 2015;14(4):4–14. (in Russian)
- Potekaev N.N., ed. Dermatoscopy in clinical practice. Clinical guideline. Moscow: MDV; 2010; 144 p. (in Russian)
- Lallas A., Tzellos T., Kyrgidis A., Apalla Z., Zalaudek I., Karatolias A., Ferrara G., Piana S., Longo C., Moscarella E., Stratigos A., Argenziano G. Accuracy of dermoscopic criteria for discriminating superficial from other subtypes of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70(2):303–11.
- Altamura D., Menzies SW., Argenziano G., Zalaudek I., Soyer HP, Sera F, Avramidis M, DeAmbrosio K, Fargnoli MC, Peris K. Dermatoscopy of basal cell carcinoma: morphologic variability of global and local features and accuracy of diagnosis. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62(1):67–75.
- Lallas A., Apalla Z., Ioannides D. Dermatoscopy in the diagnosis and management of basal cell carcinoma. *Future Oncol.* 2015;Nov;11(22):2975–2984.
- Guvenc P., LeAnder RW, Kefel S. Sector expansion and elliptical modeling of blue-gray ovoids for basal cell carcinoma discrimination in dermoscopy images. *Skin Res Technol.* 2013;Feb;19(1):e532–e536.
- Kiladze N., Shulaia T., Bulinska A., Abrahamovych L. Dermatoscopic features of pigmented and non-pigmented basal cell carcinoma. *Georgian Med News.* 2015;Jan;(238):50–53.
- Khlebnikova A.N., Novoselova N.V. Dermoscopic features of different types of basal. *The Russian Journal of Dermatology and Venereology.* 2014;(1):9–13. (in Russian)
- Pyne J, Sapkota D, Wong JC. Aggressive basal cell carcinoma: dermatoscopy vascular features as clues to the diagnosis. *Dermatol Pract Concept.* 2012;2(3):203a02.
- Weber P., Tschandl P., Sinz C., Kittler H. Dermatoscopy of neoplastic skin lesions: recent advances, updates, and revisions. *Curr Treat Options Oncol.* 2018;19(11):56. DOI: 10.1007/s11864-018-0573-6.
- Ahnlide I., Zalaudek I., Nilsson F., Bjellerup M., Nielsen K. Preoperative prediction of histopathological outcome in basal cell carcinoma: flat surface and multiple small erosions predict superficial basal cell carcinoma in lighter skin types. *Br J Dermatol.* 2016;175(4):751–61. DOI: 10.1111/bjd.14499.