

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав. Кафедрой: д.м.н., профессор Зуков Р.А.

Реферат на тему: «Рак кожи»

Выполнил: врач-ординатор 2 года

Специальность «Онкология» Холматов А.К.

Красноярск, 2023 г.

Содержание:

1. Введение.....	3
2. Определение.....	4
3. Этиология и патогенез	4
4. Эпидемиология	4
5. Кодирование по МКБ10	5
6. Классификации	5
7. Диагностика.....	8
8. Лечение	9
9. Выводы.....	10
10.Список литературы	11

Введение

Рак кожи - является достаточно частой формой злокачественного типа опухолей, при которой поражению подвергаются практически в равной мере и женщины, и мужчины, наиболее часто лица старше 50 лет.

Базальноклеточный рак – наиболее распространенное эпителиальное новообразование кожи, составляющее 45-90% всех злокачественных эпителиальных опухолей данной локализации. Отличается чрезвычайно редким метастазированием, однако способна к обширному местному росту, который приводит к существенным косметическим и функциональным нарушениям.

Плоскоклеточный рак кожи – наиболее злокачественная эпителиальная опухоль кожи. На его долю в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи приходится около 20%.

Метатипический рак кожи – эпителиальная опухоль, занимающая промежуточное положение между базальноклеточным и плоскоклеточным раком, что отражено в названии опухоли и характеризующаяся гистологическими чертами базальноклеточного и плоскоклеточного рака.

1. Определение

Базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи (часто объединяемые как немеланомные опухоли кожи) – злокачественные опухоли кожи, происходящие из эпителиальных клеток. Базально-клеточный рак кожи (синонимы – базалиома, базальноклеточная карцинома) развивается из клеток базального слоя эпителия, плоскоклеточный рак - из кератиноцитов кожи

2. Этиология и патогенез

Не существует единого этиологического фактора для развития немеланомных опухолей кожи. Самым значимым фактором риска спорадических (ненаследственных) форм немеланомных опухолей кожи следует считать воздействие на кожу ультрафиолетового излучения типа. При этом чувствительность кожи к ультрафиолетовому воздействию различается у людей и может быть классифицирована на 6 типов, где 1 и 2 отличаются наибольшей чувствительностью (и, соответственно, вероятностью возникновения солнечного ожога), а 5 и 6 – наименьшей. Также следует отметить такие факторы риска как врожденный или приобретенный иммунодефицит (например, после трансплантации органов или других заболеваний, связанных с необходимостью принимать иммуносупрессанты), пигментная ксеродерма. Описана связь между искусственным ультрафиолетом и повышением риска возникновения немеланомных опухолей кожи. Лица, имеющие контакт с мышьяком, также имеют повышенный риск возникновения ПКР, в частности болезни Боуэна. В многих случаях немеланомные опухоли кожи развиваются на фоне предсуществующих предопухолевых новообразований (вроде актинического кератоза или кератоакантомы), которые также часто могут быть обнаружены на соседних со злокачественной опухолью участках кожи.

Существует также ряд наследственных синдромов, в рамках которых возможно возникновение базалиом: синдром невоидных базалиом (также известен как синдром Горлина-Гольца), синдром Базекса, синдром Ромбо, синдром одностороннего базальноклеточного невуса.

При синдроме Горлина-Гольца обнаруживается мутация в гене РТСН, а у пациентов помимо множественных базалиом может быть выявлен характерный фенотип: широкий корень носа, дополнительные складки на ладонях, кистозные изменения челюстей, пороки развития костной системы. Синдром Базекса наследуется Х-сцепленно по доминантному принципу. Помимо развития множественных базалиом отмечается атрофодермия, гипотрихоз, гипогидроз, фолликулярная атрофия. Синдром Ромбо наследуется по аутосомнодоминантному принципу. Помимо множественных базалиом для синдрома Ромбо характерны гипертрихоз, вермикулярная атрофодермия, трихоэпителиомы и периферическая вазодилатация. При синдроме одностороннего базальноклеточного невуса у пациента отмечается врожденное новообразование кожи с комедонами и эпидермальными кистами, при микроскопии отмечается пролиферация базального эпителия.

3. Эпидемиология

В 2014 году в Российской Федерации меланомой кожи заболело 71191 человек. Грубый показатель заболеваемости (оба пола) составил 48,7 на 100000 населения,

стандартизованный - 26,7 на 100 000 населения (26,1 и 27,2 у женщин и мужчин соответственно). В структуре заболеваемости немеланомные опухоли кожи в 2014 составили 10,1% у мужчин и 14,6% у женщин.

Средний возраст умерших 72,3 года. Летальность на первом году составила 0,8% (в сравнении с 0,7% в 2011)

4. Классификация по МКБ-10

Другие злокачественные новообразования кожи (C44):

- C44.0 Злокачественные новообразования кожи губы;
- o Исключены: злокачественные новообразования губы (C00)
- C44.1 Злокачественные новообразования кожи века, включая спайку век;
- o Исключены: соединительной ткани века (C49.0)
- C44.2 Злокачественные новообразования кожи уха и наружного слухового прохода;
- o Исключены: соединительной ткани уха (C49.0)
- C44.3 Злокачественные новообразования кожи других и неуточненных частей лица;
- C44.4 Злокачественные новообразования кожи волосистой части головы и шеи;
- C44.5 Злокачественные новообразования туловища (включая кожу перианальной области, ануса и пограничной зоны, грудной железы);
- o Исключены: заднего прохода [ануса] БДУ (C21.0)
- C44.6 Злокачественные новообразования кожи верхней конечности, включая область плечевого сустава;
- C44.7 Злокачественные новообразования кожи нижней конечности, включая область тазобедренного сустава;
- C44.8 Злокачественные новообразования кожи, выходящая за пределы одной и более вышеуказанных локализаций;
- C44.9 Злокачественные новообразования кожи неуточненные;

Классификация

Международная гистологическая классификация

Международная гистологическая классификация плоскоклеточного рака кожи и некоторых опухолей кожи из кератиноцитов приведена ниже (см. Таблица 1):

Таблица 1. Международная гистологическая классификация эпидермальных опухолей и опухолей из кератиноцитов.

Название	Код МКБ-О-3
Карциномы	
Плоскоклеточный рак, БДУ	8070/3
Кератоакантома	8071/3*
Акантолитический плоскоклеточный рак	8075/3
Веретенкоклеточный плоскоклеточный рак	8074/3
Веррукозный плоскоклеточный рак	8051/3
Аденосквамозный рак	8560/3
Светлоклеточный плоскоклеточный рак	8084/3
Другие (редкие) варианты:	
Плоскоклеточный рак с саркоматоидной дифференцировкой	8074/3
Рак по типу лимфоэпителиомы	8082/3
Псевдосудистый плоскоклеточный рак	8074/3
Плоскоклеточный рак с гигантскими клетками по типу остеокластов	8035/3
Плоскоклеточный рак in situ (болезнь Боуэна)	8070/2
Карцинома Меркеля	8274/3
Предопухольные заболевания и доброкачественные состояния, симулирующие ЗНО кожи	
Предопухольные кератозы	
Актинический кератоз	8070/0*
Мышьяковый кератоз	8070/0*
ПУВА-кератоз	8070/0*
Бородавki	
Обыкновенная бородавка	
Подошвенная бородавка	
Плоская бородавка	
Доброкачественные акантомы/кератозы	
Себорейный кератоз	8052/0
Солнечное лентиго	8052/0
Кератоз по типу красного плоского лишая	8052/0
Светлоклеточная акантома	8084/0*
Крупноклеточная акантома	8072/0*
Бородавчатая дискератома	8054/0*
Другие доброкачественные кератозы	8052/0

Стадирование рака кожи по системе UICC TNM (7 пересмотр, 2009)

Для процедуры стадирования немеланомных опухолей кожи морфологическое подтверждение обязательно. Оценку состояния лимфатических узлов для установления стадии выполняют при помощи клинического осмотра и инструментальных исследований.

Критерий T отражает распространенность первичной опухоли:

- o pTX – недостаточно данных для оценки первичной опухоли;
- o T0 – отсутствие первичной опухоли;
- o Tis – Карцинома in situ;
- o T1 – опухоль 2 см или менее в наибольшем измерении;
- o T2 – опухоль толщиной более 2 см в наибольшем измерении;
- o T3 – опухоль любого размера, врастающая в подлежащие структуры (например, в мышцу, кость, хрящ, челюсть и др.);

o T4 – опухоль любого размера, с периневральной инвазией или прямым врастанием в кости основания черепа или осевого скелета.

Примечание: в случае первично-множественных синхронных опухолей классификация выполняется по опухоли наибольшего размера, а в скобках указывается общее количество опухолей кожи, например: T2 (5).

Критерий N указывает на наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах.

Регионарными лимфатическими узлами следует считать для опухолей, расположенных преимущественно на одной стороне тела (левой или правой):

o Голова, шея: ипсилатеральные околоушные, подчелюстные, шейные и надключичные лимфатические узлы;

o Грудная стенка: ипсилатеральные подмышечные лимфатические узлы;

o Верхняя конечность: ипсилатеральные локтевые и подмышечные лимфатические узлы;

o Живот, поясница и ягодицы: ипсилатеральные паховые лимфатические узлы;

o Нижняя конечность: ипсилатеральные подколенные и паховые лимфатические узлы;

o Край ануса и кожа перианальной области: ипсилатеральная паховые лимфатические узлы.

В случае расположения опухоли в пограничных зонах лимфоузлы с обеих сторон могут считаться регионарными.

При обнаружении метастазов в лимфатических узлах за пределами указанных регионарных зон метастазирования следует классифицировать их как отдаленные метастазы.

o NX – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.

o N0 – поражения регионарных лимфатических узлов нет.

o N1 – метастаз в 1 регионарном лимфатическом узле размерами 3 см или менее в наибольшем измерении.

o N2 – метастаз 1 регионарном лимфатическом узле размерами более 3 см, не более 6

см в наибольшем измерении, или множественные метастазы в регионарных лимфатических узлах не более 6 см в наибольшем измерении

o N3 – метастаз в 1 или более регионарных лимфатических узлах размерами более 6 см в наибольшем измерении.

Критерий M характеризует наличие или отсутствие отдаленных метастазов:

o M0 – отдаленных метастазов нет;

o M1 – наличие отдаленных метастазов.

Критерий G характеризует степень дифференцировки опухоли:

o GX – степень дифференцировки не может быть определена;

- o G1 – высокодифференцированная опухоль;
- o G2 – умеренно дифференцированная опухоль;
- o G3 – низкодифференцированная опухоль;
- o G4 – недифференцированная опухоль.

5. Диагностика

Жалобы и анамнез

Сбор жалоб и анамнеза у пациента с целью выявления факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения, методов диагностики и вторичной профилактики.

Физикальное обследование

Расширить зону осмотра и оценить состояние всех кожных покровов (включая волосистую часть головы и стопы). Использование эпилюминисцентной микроскопии (дерматоскопии) оптической когерентной томографии, так как может существенно повышать точность неинвазивной диагностики и уменьшать потребность в выполнении биопсии.

Лабораторная диагностика

При подтверждении диагноза выполнять: клинический и биохимический анализы крови.

Инструментальная диагностика

Использовать МРТ при массивных первичных опухолях, вовлечении костей или признаков перинеуральной инвазии опухоли для оценки распространенности процесса.

Выполнить биопсию под контролем УЗИ/КТ при подозрении на метастазы по данным КТ или МРТ в случаях, когда их подтверждение принципиально меняет тактику лечения.

Таблица 5. План обследования в зависимости от результатов биопсии новообразования кожи и клинического осмотра

Стадия заболевания	Физикальный осмотр	Инструментальная диагностика
0, I, II	Да	<ul style="list-style-type: none"> • УЗИ регионарных лимфатических узлов • Лучевая диагностика не рекомендуется, если нет симптомов
III и IV	Да	<ul style="list-style-type: none"> • УЗИ регионарных лимфоузлов • Лучевая диагностика в полном объеме

Биопсия

Для подтверждения диагноза, а также составления дальнейшего плана обследований и лечения, возможно на первом этапе использование эксцизионной биопсии подозрительного новообразования кожи с отступом не более 5 мм (приемлемый отступ от 1-3 мм (0,1 - 0,3 см)). Всегда следует отдавать предпочтение биопсии на всю толщину кожи (будь то эллиптическая эксцизия или инцизионная панч-биопсия) в сравнении с плоскостной (бритвенной) резекцией в том числе экзофитных образований.

Гистологическое исследование хирургически удаленного опухолевого препарата, при этом в морфологическом заключении рекомендуется отразить следующие параметры:

1. Определение гистологического типа рака кожи в соответствии с международной классификацией опухолей кожи ВОЗ 2006 г;
2. Степень дифференцировки;
3. Определение максимальной толщины опухоли в мм по Бреслоу;
4. Определение уровня инвазии по Кларку;
5. Радиальные и вертикальные размеры опухолевого узла;
6. Оценка периферического и глубокого краев резекции на наличие опухолевых клеток;
7. Периневральная инвазия;
8. Десмоплазия;
9. Ангиолимфатическая инвазия.

6. Лечение локальных стадий заболевания (I-II)

Хирургический метод: хирургическое удаление, хирургическое удаление с интраоперационным (срочным) гистологическим исследованием краев удаляемой опухоли, кюретаж с электрокоагуляцией.

При наличии технической возможности при операциях по поводу рака кожи лица или функционально значимых частей тела (например, на пальцах рук) с наличием факторов неблагоприятного прогноза или при позитивном крае резекции после ранее выполненного хирургического удаления, необходимо использовать технику интраоперационного исследования всех периферических и глубокого края резекции на предмет наличия опухолевых клеток (т.н. микрографическая техника Моса), что может повысить частоту радикального удаления опухолей и снизить вероятность рецидива.

При наличии противопоказаний к хирургическому лечению (или отказе пациента от хирургического лечения) необходимо проведение лучевой терапии.

Размеры опухоли	Отступ	Примеры фракционирования и длительности лечения
< 2 см	1 – 1,5 см	64 Гр, 32 фракции, 6- 6,4 нед.
		50 Гр 15 фракций 3 нед.
		35 Гр 5 фракций 5 дней
≥ 2 см	1,5 – 2 см	66 Гр 33 фракции 6-6,6 нед.
		55 Гр 20 фракций 4 нед.
Послеоперационная (адьювантная) ЛТ		50 Гр 20 фракций 4 нед.
		60 Гр 30 фракций 6 нед.

Для отдельных пациентов, которым противопоказано хирургическое лечение и лучевое лечение, необходимо проводить терапию местно-действующими препаратами или выполнять другие физические воздействия:

- o Криохирургия/криотерапия;
- o Лазерная деструкция;

- о Фотодинамическая терапия;
- о Имиквимод (крем);
- о 5-ФУ, крем.

Выводы:

На сегодняшний день нет единого мнения относительно частоты и интенсивности наблюдения за больными раком кожи.

Всем больным стоит избегать солнечных ожогов, проводить регулярное самообследование кожных покровов и периферических лимфоузлов и своевременно обращаться к врачу при выявлении каких-либо отклонений.

Основываясь на рисках возникновения прогрессирования болезни, имеется следующий график обследований.

1. Наблюдение за больными с очень низким риском прогрессирования заболевания (стадия 0):

Ежегодные физикальные осмотры с тщательной оценкой состояния кожных покровов.

2. Больные с низким риском прогрессирования (I – II стадии):

Физикальные осмотры с тщательной оценкой состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов каждые 6 мес. в течение 5 лет, затем ежегодно. Проведение инструментального обследования только по показаниям.

3. Больные с высоким риском прогрессирования заболевания (иммунносупрессия, наследственные синдромы, опухоль более 2 см факторами неблагоприятного прогноза, первично-множественные синхронные или метахронные опухоли кожи, предопухолевые заболевания кожи):

Наблюдение за данной группой больных, не имеющих клинических признаков заболевания, не реже 1 раза в 3 мес. в течение 2 лет, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет, затем ежегодно. Обследование включает в себя:

- физикальные осмотры с тщательной оценкой состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов;
- инструментальное обследование (УЗИ периферических); по показаниям: рентгенография или КТ органов грудной клетки, УЗИ/КТ/МРТ органов брюшной полости.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации РФ «Рак кожи базальноклеточный и плоскоклеточный» 2018 г.
2. Клинические рекомендации РФ «Плоскоклеточный рак кожи» 2020 г.