

*А.Д. Зикирходжаев, О.В. Пикин, Н.Н. Волченко, К.И. Колбанов, В.В. Ефанов,
В.В. Бармин, В.С. Суркова, А.Р. Босиева*

Гигантский метатипический рак кожи передней грудной стенки: редкое клиническое наблюдение хирургического лечения с закрытием дефекта множественными перемещёнными кожно- мышечными лоскутами

МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, г. Москва

В данной статье описано редкое клиническое наблюдение хирургического лечения метатипического рака кожи (МТРК) передней грудной стенки с закрытием дефекта множественными перемещёнными лоскутами. МТРК — довольно редкое злокачественное новообразование (ЗНО), частота встречаемости которого составляет всего лишь 5% от всех немеланомных ЗНО кожи. Основным методом лечения остаётся по-прежнему хирургический в виде широкого иссечения образования, но из-за трудностей закрытия обширных дефектов кожи после удаления опухоли возникает необходимость использования перемещённых лоскутов.

Ключевые слова: метатипический рак кожи, перемещённые кожно-мышечные лоскуты

Введение

Злокачественные новообразования кожи (ЗНОК) остаются одной из важнейших и приоритетных проблем современной медицины [1, 2]. Проведённые исследования установили неуклонный рост заболеваемости ЗНОК в большинстве стран мира, в том числе и в России со среднегодовым приростом на 2,68-8% [3]. По статистическим данным в России ежегодно регистрируется от 40,5 до 53 тысяч новых случаев ЗНОК, доля которых в общей онкологической заболеваемости населения составляет 10-14,6% [3]. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) населения Российской Федерации злокачественные опухоли кожи находятся на первом месте (12,5%). У мужчин — на третьем месте (10%) после рака легкого и желудка, а у женщин — на втором (14,6%) после рака молочной железы (20,9%) [3].

Метатипический рак кожи (МТРК) — довольно редкое злокачественное новообразова-

ние, частота встречаемости которого составляет всего лишь 5% от всех немеланомных ЗНО кожи [4, 5]. Является агрессивным вариантом рака кожи, которому присущи некоторые клинические, гистопатологические характеристики, как базальноклеточного (БКР), так и плоскоклеточного рака кожи (ПКР) [5, 6]. Впервые был представлен американским ученым Г. Маккормаком в 1910 году как определенный гистологический вариант комбинации базального и плоскоклеточного рака по сравнению с БКР [7, 8]. МТРК отличается большой агрессивностью течения — быстрым инфильтративным ростом с разрушением подлежащих тканей, болезненностью, кровоточивостью опухоли, рецидивированием в 45,7% [6, 9]. Клинически очаги МТРК крайне трудно дифференцировать от язвенных вариантов БКР, при этом МТРК отличается выраженной способностью к метастазированию [1, 7, 8, 10, 11].

Основным методом лечения остаётся по-прежнему хирургический в виде широкого иссечения образования. Возникает необходимость использования перемещённых лоскутов из-за трудностей закрытия обширных дефектов кожи после удаления опухоли. Лучевая терапия, использование иммуномодуляторов, фотодинамическая терапия также относятся к арсеналу лечения МТРК [12].

Клиническое наблюдение

В данной статье описано редкое клиническое наблюдение хирургического лечения МТРК передней грудной стенки с закрытием дефекта множественными перемещёнными лоскутами.

Пациент Л. 58 лет обратился в МНИОИ им. П.А. Герцена в августе 2017 г. с жалобами на боли в области новообразования на коже передней поверхности грудной стенки справа (рис. 1).



Рис. 1. Обширная язва передней грудной стенки справа



Рис. 2. Обширный дефект кожи передней грудной стенки после удаления опухоли

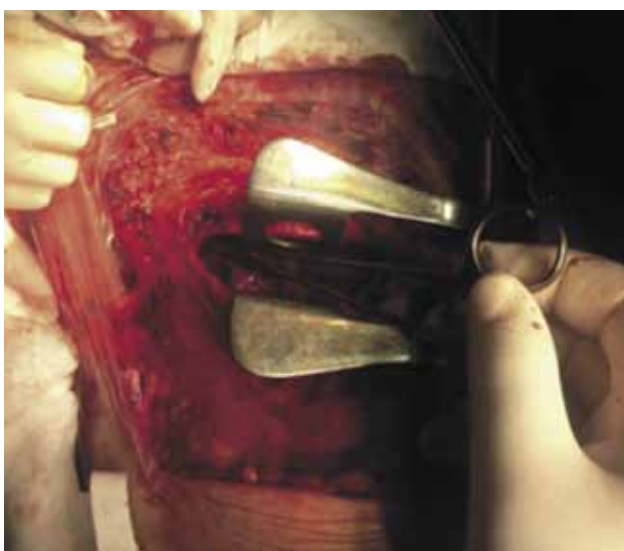


Рис. 3. Передняя миниторакотомия по IV межреберью



Рис. 4. Выделение торакодорзального лоскута (LD)



Рис. 5. Выделение перфорантного лоскута слева (PERFORATOR FLAP)



Рис. 6. Перемещенные лоскуты со спины и передней грудной стенки слева (LD и PERFORATOR FLAP)

Образование появилось в 2012 г. За медицинской помощью обратился к врачам по месту жительства только в январе 2017 г. при появлении болевого синдрома. Профессиональный анамнез не отягощен. При комплексном обследовании диагностирован базальноклеточный рак кожи. В связи с необходимостью выполнения пластического этапа для закрытия дефекта после иссечения новообразования одномоментно, был направлен в МНИОИ им. П.А. Герцена. Объективно: на коже передней грудной стенки справа по среднеключичной линии определялась обширная язва размерами 11х6 см, с вовлечением ареолы соска, распространяющаяся в толщу кожи и интимно прилегающая к большой грудной мышце, без наличия видимой границы с ней.

По данным гистологического исследования биоптата образования кожи картина базальноклеточного рака с изъязвлением. При цитологическом исследовании пунктатов лимфатических узлов из подмышечной, надключичной области слева и надключичной справа данных за метастатическое поражение лимфоузлов не получено.

При КТ органов грудной полости в легких с обеих сторон визуализировались множественные (>10) мелкие очаги размерами 2-5 мм, которые трактовались как метастатические. При комплексном обследовании данных за другую очаговую патологию не получено.

На основании данных проведенного обследования пациенту был установлен диагноз: базальноклеточный рак кожи передней поверхности грудной стенки справа IV стадии, cT3N0M1(pul).

С учетом обширной первичной язвы, необходимостью полного пластического закрытия иссеченного дефекта передней грудной стенки запланировано хирургическое лечение с использованием множественных перемещенных кожно-мышечных лоскутов (LD — торакодорзальный лоскут, VRAM — вертикальный кожно-мышечный лоскут на прямой мышце живота, PERFORATOR FLAP — лоскут на перфорантных сосудах). В связи с наличием новообразований в легких по данным КТ, решено выполнить биопсию легкого во время проведения хирургического лечения.

Линейными разрезами, окаймляющими опухоль кожи передней грудной стенки, рассечены кожа и подкожная клетчатка (рис. 2).

Опухолевое образование удалено единым блоком с большой грудной мышцей и подмышечной клетчаткой с лимфатическими узлами. Выделен край широчайшей мышцы спины, прослежен ход *a. et v. thoracodorsalis*. После выполнения миниторакотомии по IV межреберью (4 см), при ревизии в верхней доле определялись 2 просовидных образования размерами 0,2 и 0,3 см, соответствующих описанным при КТ. Вы-

полнена атипичная резекция верхней доли правого легкого с образованиями (рис. 3).

Соответственно разметке двумя полуовальными разрезами в проекции широчайшей мышцы спины рассечены кожа и подкожная клетчатка (рис. 4). Выделен лоскут широчайшей мышцы спины размерами мышечного компонента 12х6 см. Лоскут перемещен в зону удаленной опухоли на ножке, содержащей торакодорзальные сосуды.

Двумя полуовальными разрезами в области перфорантного лоскута слева рассечены кожа и подкожно-жировая клетчатка. Выделены перфорантные сосуды *a. et v. thoracica interna* во втором и третьем межреберьях. На перфорантных сосудах лоскут ротирован в сторону дефекта передней грудной стенки (рис. 5, 6).

Двумя эллипсоидными вертикальными разрезами в проекции левой прямой мышцы живота рассечены кожа и подкожная клетчатка с оставлением пупка. Вскрыто влагалище прямой мышцы живота слева, сформированное из апоневроза наружной косой мышцы живота и частично внутренней косой мышцы живота. По белой линии выделен фрагмент левой прямой мышцы живота, сформирована мышечная ножка, прослежен ход *a. et v. epigastricae inferior profunda* по задней поверхности мышечной ножки, сосуды выделены, лигированы и пересечены. Левая прямая мышца живота пересечена снизу. Лоскут подкожно перемещен через подкожный тоннель на левой прямой мышце живота в область дефекта. Дефект апоневроза передней брюшной стенки выше и ниже пупка ушит отдельными узловыми швами. В области дефекта апоневроза левой прямой мышцы живота зафиксирован проленовый сетчатый имплантат размерами 15х5 см.



Рис. 7. Для снятия напряжения выполнены насечки на перфорантных лоскутах

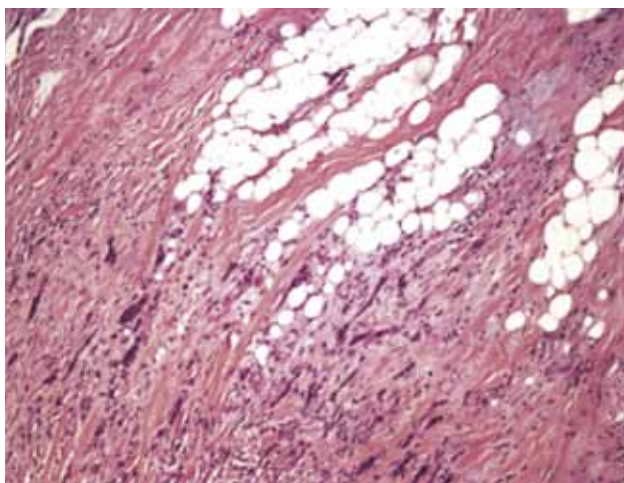


Рис. 8. Метатипический рак кожи

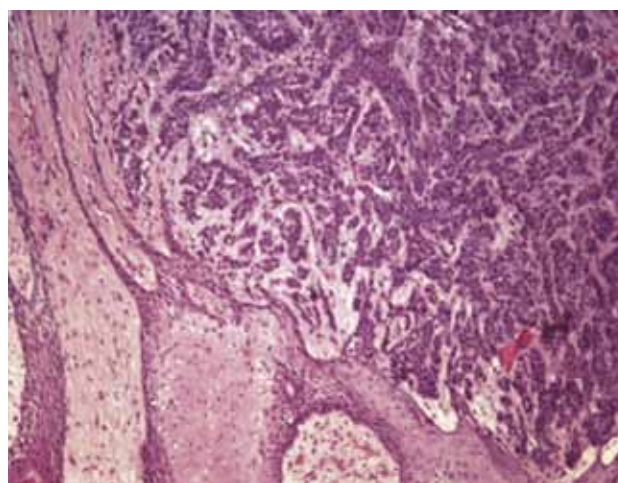


Рис. 9. Метатипический рак кожи

Дефект полностью закрыт перемещенными лоскутами. На перфорантном лоскуте выполнены насечки, для снятия напряжения кожи (рис. 7).

Морфологическое исследование операционного материала (рис. 8-9). Макроскопическое описание: 1. Фрагмент мягких тканей грудной стенки размерами 18x16x1,5 см, с соском, кожным лоскутом размерами 17x16 см, участком скелетной мышцы размерам и 9x6x1,5 см. В 2,5 см от ближнего края резекции, на коже — изъязвленная опухоль размерами 13,4x6,3 см. с приподнятыми валикообразными краями, западающим грязно-серым дном, с жёлто-коричневыми корочками. Опухоль вовлекает в процесс кожу ареолы. Сосок не изменён. 2. «Подмышечная клетчатка» — фрагмент жировой клетчатки размерами 11x5,5x2 см, с 8 эластичными лимфоузлами диаметром 0,5-1,5 см. 3. Верхняя доля справа — фрагмент ткани лёгкого размерами 3x1x0,5 см. Субплеврально — плотный, белесовато-серый узел диаметром 0,4 см. Микроскопическое описание: №1 Метатипический рак кожи с изъязвлением по поверхности, массивным инфильтративным ростом в дерме и подкожно-жировой клетчатке, инвазией прилежащих скелетных мышц, распространением на кожу ареолярной зоны с ее изъязвлением и врастанием в фиброзно-мышечную основу соска, с периневральным, периваскулярным ростом. В краях резекции по коже и скелетным мышцам — опухолевого роста нет. В 8 исследованных лимфатических узлах метастазов рака не выявлено, имеется гиперплазия лимфоидной ткани, гистиоцитоз синусов. Образование, описанное макроскопически в ткани легкого — внутрилегочный лимфатический узел с антракозом.

Полученные результаты позволили установить клинический диагноз — метатипический рак кожи передней поверхности грудной стенки справа pT4N0M0, IV ст. (C44.5).



Рис. 10. Внешний вид больного через 12 мес. после хирургического лечения

Учитывая морфологическую форму опухоли, радикальный характер выполненной операции (R0), отсутствие данных за наличие отдаленных или регионарных метастазов, проведение пациенту дополнительного специального противоопухолевого лечения не потребовалось. Пациент наблюдается динамически в течение года (рис. 10).

Обсуждение

Высокий риск перехода БКР в МТБРК определяется длительностью течения, особенностью локализации, диаметром опухоли (>2 см), агрессивностью гистологического типа с периваскулярным и периневральным ростом, неэффективностью предшествующей лучевой и химиотерапии [12, 13]. При диаметре опухоли 5 см и более — МТРК называется гигантским [12].

Основным методом лечения остаётся, по-прежнему, хирургический в виде широкого ис-

сечения образования, однако лучевая терапия, использование иммуномодуляторов, фотодинамическая терапия также относятся к арсеналу лечения МТРК [12].

По сравнению с базальноклеточным раком кожи, МТРК отличается более высокой частотой рецидивов и вероятностью метастазирования (7,4%) [7]. Сообщалось, что частота рецидивов составляет от 10% до 48% [7, 14, 15, 16]. В настоящее время нет установленных рекомендаций по лечению МТРК. Тем не менее, существует консенсус относительно того, что МТРК следует рассматривать как агрессивную форму рака кожи [7, 8, 16], ширина краев резекции при котором, должна быть больше, чем при БКР [17].

Дифференциальная диагностика метатипического и базальноклеточного рака практически невозможна ввиду их клинического сходства, поэтому гистологическое исследование перед первичным лечением обязательно [18]. Из-за агрессивности течения МТРК необходимо выполнение широкого иссечения, согласно рекомендациям, минимальная ширина краев резекции составляет 3 мм на лице, 5 мм на других участках тела [15]. При наличии данных, говорящих о быстром росте опухоли, минимальная ширина краев резекции должна составлять 5 мм для головы и шеи, 10 мм для других частей тела [15]. Микрографическая хирургия Мооса — самый надежный метод хирургического лечения при таких локализациях, как ушные раковины, кожа лица, головы, однако возможности использования ограничены из-за дороговизны метода [18]. Лучевая терапия является дополнительным методом лечения для опухолей с высоким риском рецидивирования. Роль химиотерапии до конца не установлена [17].

Выводы

Диагностика метатипического базально-клеточного рака кожи требует тщательного сбора анамнестических данных, проведение морфологического исследования образования, позволяющего дать точную гистопатологическую картину опухоли. Основным методом лечения остаётся, по-прежнему, хирургический, сопровождающийся широким иссечением опухоли. МТРК следует рассматривать как более агрессивную форму рака кожи с высокой частотой рецидивов и риском метастазирования [5]. Это имеет прямое влияние на тактику лечения и ведения данных пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

- Jung GW, Metelitsa AI, Dover DC, Salopek TG. Trends in incidence of nonmelanoma skin cancers in Alberta, Canada, 1988–2007. *British Journal of Dermatology*. 2010 Sep ;163(1):146–154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2010.09809.x>.
- Tarallo M, Cigna E, Fino P, et al. Metatypical basal-cell carcinoma (MTC) or basosquamous carcinoma (BSC): surgical therapy. *Ann Ital Chir*. 2011; 82:389–94.
- Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. Москва 2017 г., 249с. [Malignant neoplasms in Russia in 2014 (morbidity and mortality). A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, G.V. Petrov. Moscow 2016, 249с. (In Russ.)].
- Kazantseva IA, Khlebnikova AN, Babaev VR. Immunohistochemical study of primary and recurrent basal cell and metatypical carcinomas of the skin. *Am J Dermatopathol* 1996; 18: 35-42.
- Wollina U, Tchernev G. Advanced basal cell carcinoma. *Wien Med Wochenschr*. 2013;163:347–53. <https://doi.org/10.1007/s10354-013-0193-5>
- Surdu S, Fitzgerald EF, Bloom MS, Boscoe FP, Carpenter DO, Haase RF, et al. Occupational exposure to ultraviolet radiation and risk of non-melanoma skin cancer in a multinational European study. *Apr 24;2013 PLoS One*. 8(4) e62359. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062359>.
- MacCormac H. The relation of rodent ulcer to squamous cell carcinoma of the skin. *Arch Middlesex Hosp*. 1910;19:172–83. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(01\)57981-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(01)57981-7).
- Martin RC 2nd, Edwards MJ, Cawte TG, et al. Basosquamous carcinoma: analysis of prognostic factors influencing recurrence. *Cancer*. 2000; 88(15):1365–9.
- Garcia C, Poletti E, Crowson AN. Basosquamous carcinoma. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60:137–43. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2008.09.036>.
- Surdu S, Fitzgerald EF, Bloom MS, Boscoe FP, Carpenter DO, Haase RF, et al. Occupational exposure to arsenic and risk of nonmelanoma skin cancer in a multinational European study. *Int J Cancer*. 2013 Nov; 133 (9): 2182–2191. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062359>
- Wu S, Han J, Li WQ, Li T, Qureshi AA. Basal-cell carcinoma incidence and associated risk factors in U.S. women and men. *Am J Epidemiol*. 2013;178(6):890–897. <https://doi.org/10.1093/aje/kwt073>.
- Varga E, Korom I, Rask Z, Kis E, Varga J, Olh J, Kemny L. Neglected basal cell carcinomas in the 21st century. *J Skin Cancer*. 2011; 2011:392151. <https://doi.org/10.1155/2011/392151>
- Kazantseva IA, Bogatyreva II, Vavilov AM, Parshikova SM. Differential diagnosis of basalioma and metatypical skin cancer. *Arkh Patol*. 1983;45:35–9.
- Aldred WW, Ramirez VG, Nicholson DH. Intraocular invasion by basal cell carcinoma of the lid. *Arch Ophthalmol*. 1980;98:1821–2. <https://doi.org/10.1001/archophth.1980.01020040673016>.
- Leibovitch I, Huilgol SC, Selva D, Richards S, Paver R. Basosquamous carcinoma. Treatment with Mohs micrographic surgery. *Cancer* 2005;104:170–5. <https://doi.org/10.1002/ncr.21143>
- Smith V, Walton S. Treatment of facial Basal cell carcinoma: a review. *J Skin Cancer*. 2011:1–7. Article ID.380371. <https://doi.org/10.1155/2011/380371>.
- Bowman PH, Ratz JL, Knoepp TG, et al. Basosquamous carcinoma. *Dermatol Surgery*. 2003;29:830–2. <https://doi.org/10.1097/00042728-200308000-00013>.

18. Tarallo M, Cigna E, Frati R, Delfino S, Innocenzi D, Fama U, Corbianco A, Scuderi N. Metatypical basal cell carcinoma: a clinical review. *J Exp Clin Cancer Res.* 2008;27:65. <https://doi.org/10.1186/1756-9966-27-65>.
19. Dhoub H, Mnejja M, Ayadi L, Hammami B, Boudawara T, Ghorbel A. Cutaneous basosquamous carcinoma. *Ann. Otolaryngol Chir Cervicofac.* 2009; 126: 25–8.

Поступила в редакцию 11.02.2019 г.

*A.D. Zikiryakhodzhayev, O.V. Pikin, N.N. Volchenko,
K.I. Kolbanov, V.V. Efanov, V.V. Barmin, V.S. Surkova,
A.R. Bosieva*

**The Giant metatypical cancer of the skin
of the anterior chest wall: a rare clinical
observation of surgical treatment with closure
of the defect with the multiple displaced flaps**

The Moscow Research Institute of Oncology named
after P.A. Herzen - branch of the FSBI "NMITs
radiology" of the Ministry of Health of Russia, Moscow

This article describes a rare clinical observation of the surgical treatment of metatypical cancer of the skin of the anterior chest wall with closure of the defect with multiple displaced flaps. MTRK is a rare malignant neoplasm, the incidence of which is only 5% of all non-melanoma ZNO skin. The main method of treatment is still surgical in the form of a wide excision of the formation, but because of the difficulties of closing extensive skin defects after removing the tumor, it becomes necessary to use displaced flaps.

Key words: metatypical skin cancer, displaced skin-muscle flaps