

КАЗУИСТИКА CASE REPORTS

БАЗОЦЕЛУЛАРЕН КАРЦИНОМ С НЕТИПИЧНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ И АТИПИЧНА КЛИНИЧНА КАРТИНА – ПЪЛНА РЕМИСИЯ СЛЕД ХИРУРГИЧНА ЕКСЦИЗИЯ

Ю. Ананиев¹, Г. Чернев² и М. Гълъбова¹

¹Катедра по обща и клинична патология, Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора

²Катедра по дерматология и венерология, Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора

³Катедра по педиатрия, УМБАЛ „Александровска“ – София

BASAL CELL CARCINOMA WITH ATYPICAL LOCALISATION AND UNCOMMON CLINICAL PRESENTATION: COMPLETE REMISSION AFTER SURGICAL EXCISION

Yu. Ananiev¹, G. Tchernev² and M. Galabova¹

¹Department of General and Clinical Pathology, Medical Faculty, Trakian University – Stara Zagora

²Department of Dermatology and Venereology, Medical Faculty, Trakian University – Stara Zagora

³Department of Pediatrics, Alexandrovskia University Hospital – Sofia

Резюме:

Базоцелуларният карцином (БЦК) е най-често срещаният неоплазмен процес на кожата и съставлява до 80% от кожните злокачествени заболявания. Множествени са причините, водещи до възникването му, като най-важните са свързани с интензивното ултравиолетово лъчение и светлия тип кожа при пациентите. БЦК се развива от базалния слой клетки на кожата. Повишеното излагане на слънчева светлина води до формирането на тиминови димери от увреждането на ДНК веригата. Докато се извършва ДНК репарирание на увредените от УВ лъчи участъци, части от нея остават непоправени. Увреждането на ДНК води на по-късен етап до мутации. Отделно от това дистресът, който бива предизвикван от слънчевото лъчение води и до потискане на имунната система и спад в имунната бдителност по отношение на новообразуваните туморни клетки. Среща се главно при пациенти със светла кожа и фамилна предиспозиция. Слънчевата светлина е фактор, оказващ влияние за фенотипната изява на тумора едва във второ-третото десетилетие, поради което за тези пациенти се препоръчва ранен кожен скрининг. Една трета от случаите на базоклетъчни карциноми на кожата възникват на места, непряко изложени на слънчева светлина. Характерната локализация на БЦК е кожата на лицето и шията, но макар и рядко, тази неоплазма може да се срещне и в други области на тялото. Представяме случай на пациент с БЦК с нетипична локализация и атипична клинична картина, изискващи правилен терапевтичен подход, хистологична верификация и проследяване на болния.

Ключови думи:

базоцелуларен карцином, елипсовидна ек்சизия, хистологична верификация

Адрес за кореспонденция:

Доц. Д-р Георги Чернев, Клиника по дерматология и венерология, Медицински факултет, Тракийски университет, ул. „Армейска“ № 11, 6000 Стара Загора, тел. 0 885 588424, e-mail: georgi_tchernev@yahoo.de

Summary:

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common malignancy of the skin accounting for approximately 80% of all cutaneous cancers. There are multiple causes leading to its occurrence, and the most important are related to intense

<p>Key words:</p> <p>Address for correspondence:</p>	<p>ultraviolet radiation and lighter skin patients. Basal cell carcinomas develop in the basal cell layer of the skin. Sun light exposure leads to the formation of thymine dimers, a form of DNA damage. While DNA repair removes most UV-induced damage, not all crosslinks are excised. There is, therefore, cumulative DNA damage leading to mutations. Apart from the mutagenesis, sunlight depresses the local immune system, possibly decreasing immune surveillance for new tumor cells. Basal cell carcinoma is the most common skin cancer. It occurs mainly in fair-skinned patients with a family history of this cancer. Sunlight is a factor in about two-thirds of these cancers; therefore, doctors recommend early skin screening. One-third occur in non-sun-exposed areas. The typical localizations of BCC are face and neck, but rarely, this neoplasm can be found in other areas of the body. In this paper, we present a patient with BCC with atypical localization and atypical clinical course, requiring regular therapeutic approach and histological verification in order to properly diagnose and monitor the patient.</p> <p>basal cell carcinoma, elliptical excision, histologic verification</p> <p><i>Assoc. Prof. Georgi Tchernev, M.D., Ph. D., Department of Dermatology and Venereology, Faculty of Medicine, Trakian University, 11, Armeyska Str., Bg – 6000 Stara Zagora, tel. + 359 885 588424, e-mail: georgi_tchernev@yahoo.de</i></p>
--	---

ВЪВЕДЕНИЕ

За пръв път базоцелуларният карцином (БЦК) е описан през 1827 г. от Яacob като най-често срещаната неоплазма при човека [1]. Характерно е, че тя се развива след четвъртото десетилетие, а основна роля в инициацията и патогенезата играе продължителното излагане на слънце, като предиспозиращ фактор е светлият тип кожа, както и светлият цвят на очите [2]. С годините беше изяснено, че основната причина за развитието на този тип карцином е ултравиолетовото лъчение, още повече че в около 85% от случаите БЦК се развива в областта на лицето и шията, което недвусмислено подкрепя това твърдение. Твърде рядка находка е БЦК в други области на тялото, особено в гениталната област и проксималната част на долните крайници – места, рядко излагани на слънчева светлина [3].

Представяме случай на базоцелуларен карцином с нехарактерна – подбедрена, локализация и атипична клинична картина при възрастен пациент, проследявайки оперативното отстраняване и хистологичната верификация.

ОПИСАНИЕ НА СЛУЧАЯ

Анамнеза

Пациент на възраст 70 год. постъпва за преглед в рамките на т. нар. дерматологичен скрининг, по повод на лезия, появила се преди повече от една година в областта на лявата подбедрица. Липсват субективни данни за болка, сърбеж и

крвене. В хода на анамнезата се установява, че пациентът е със съпътстваща артериална хипертония и хипертиреоидизъм. Не съобщава за вредности от битов и професионален характер.

Клинична находка

Кожният дефект представлява папула с диаметър около 15 mm с екзофитен растеж и ерозирала повърхност. Локализацията е по проксималната дорзална част на лявата подбедрица (фиг. 1).

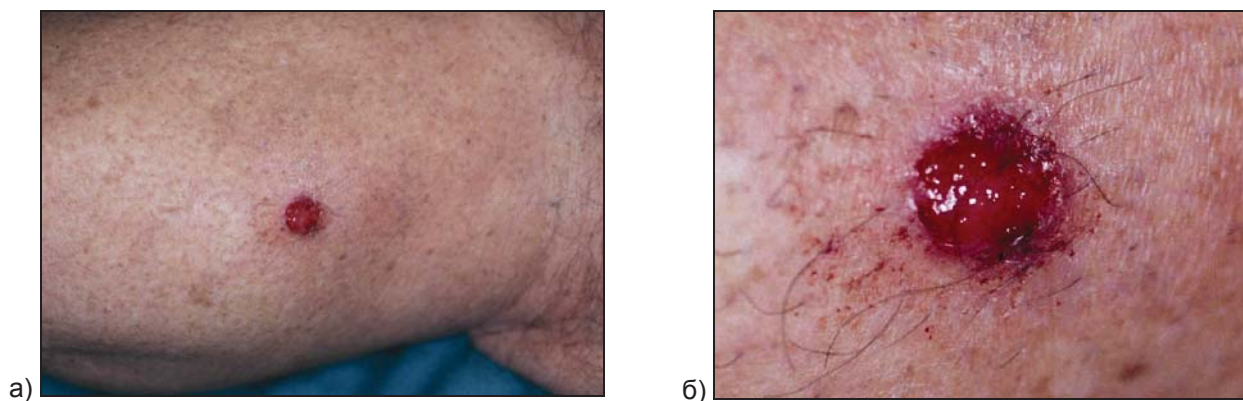
Хистологични данни

След извършване на ексцизия се проведе биопсично изследване на отстранената лезия. В материала суперфициално се наблюдават гнезда от атипичен базалоиден епител, свързан с ниско разположените части на епидермиса. В някои участъци части от туморните „острови“ потъват в дълбочина на дермата (фиг. 2). Така описаните структури се състоят от хиперхромни базалоидни клетки с оскъдна цитоплазма и чести митози. Липсват некрози, комедо-структури и меланоцитни включения.

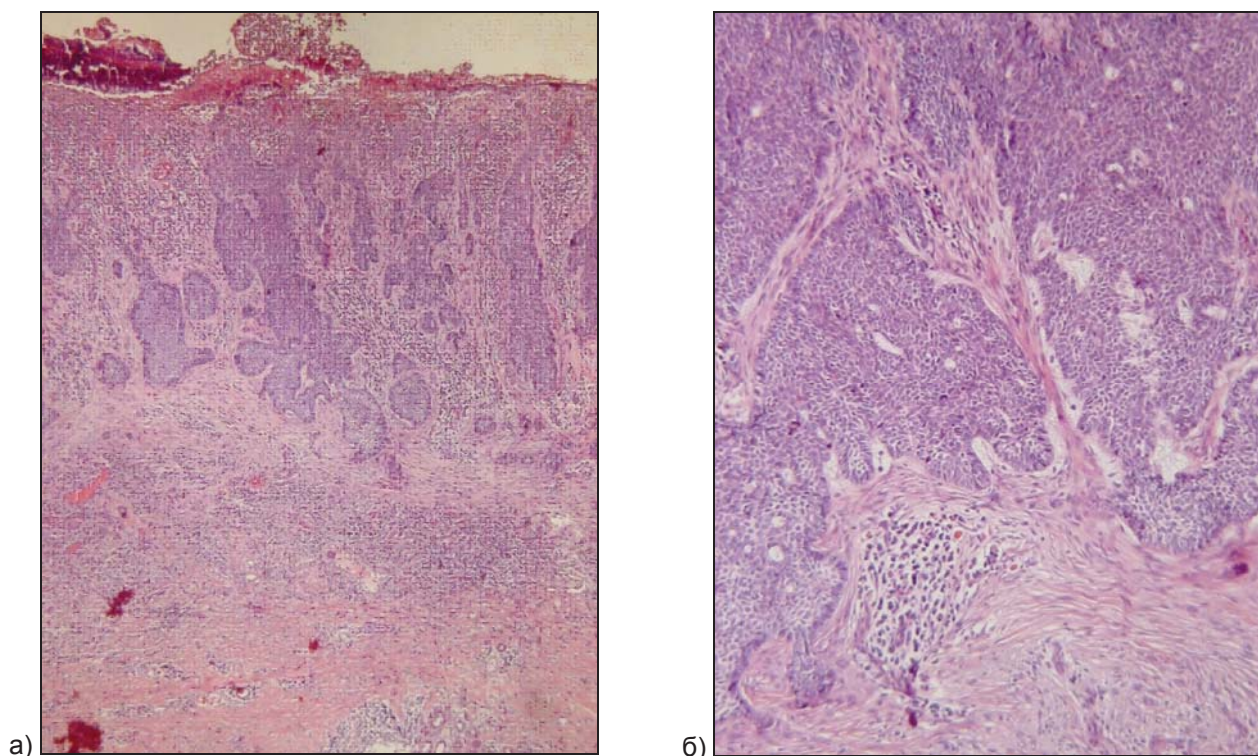
Параклиника

Всички лабораторни резултати са в норма с изключение на:

- TSH – 0,005
- T3 – 14,1
- T4 – 27,1
- Кръвна захар – 6,00.



Фиг. 1. а) Разположение на лезията по проксималната дорзална част на подбедрицата; б) Ерозивна папула с ерозии по повърхността, перилезионно зачервяване и леко кървене



Фиг. 2. Хистологична находка при пациента: а) туморни гнезда от базоцелуларен карцином (x 40); б) изразен полиморфизъм и хиперхромни ядра на базалоидни клетки при умерено изразена стромна реакция (x 200)

Други изследвания

- Рентгенография на бял дроб: липса на инфилтрати и метастази, лека елонгация на аортата;
- Абдоминална ехография: стеатоза на черния дроб, наличие на чернодробна киста в десния чернодробен лоб;
- Ехография на лимфни възли: ингвинално вляво няколко уголемени лимфни възела до размери 6 mm с позитивен хилусен знак и нормална структура; липса на съмнение за малигнитет.

Лечение

Под локална анестезия се извърши елипсоидна ексцизия с поле на оперативна сигурност от 1 cm и адаптиране на раневите ръбове с първичен кожен шев.

ОБСЪЖДАНЕ

Спиноцелуларният и базоцелуларният карцином съставят най-голямата група от малигненни немеланоцитни тумори на кожата. При ранно откриване и правилно диагностициране те могат да бъдат дефинитивно излекувани.

В повечето случаи БЦК е представен като плака с гладка и блестяща повърхност и разширени капилляри (т.нар. телеангиектазии). Цветът ѝ може да варира, но най-характерен е бледо-розовият цвят или неразличаващ се от останалата кожа, като в редки случаи може да бъде тъмно пигментирана. Рядко се наблюдава и разязвяване на плаката, като това обикновено е свързано и с по-агресивен тип на тумора. Изключително рядко метастазира.

В представения от нас случай наблюдавахме възрастен пациент с лезия в областта на горната дорзална част на лявата подбедрица. Хистологичното изследване потвърди диагнозата базоцелуларен карцином – нодуларен тип, съставен от гнезда от атипичен базалоиден епител, потъващи в дълбочина, с характерни хиперхромни клетки и наличие на атипични митози.

Извърши се елипсовидна ексцизия с първоначално поле на оперативна сигурност от 0,5/1 cm, което е и предпочитаната форма на терапия при съмнение за дорзално локализиран тумор с неясна генеза в областта на подбедрицата. Важно е да се отбележи, че shave и punch биопсиите могат да доведат до поставяне на грешна диагноза и неправилно класифициране на БЦК в до 20% от случаите в сравнение с ексцизионната биопсия [4]. Наличната биопсия ни дава възможност да оценим прогресията на лезията в дълбочина, което е важно предвид факта, че различни автори съобщават, че нодуларната (в частност микронодуларната) форма на БЦК рецидивира по-често и се характеризира с по-дълбоко проникване в дермата и прилежащите структури [5, 6].

В контекста на връзката между терапевтично поведение и лечение, можем да обобщим, че преди установяване дигнитета на лезията не се препоръчва криотерапия или лазерна терапия, а

така също и shave кюртаж. Криотерапията е контраиндицирана и при съмнение за амеланотипична форма на меланом и плоскоклетъчни тумори, като се посочва и че тя дава незадоволителни резултати и при базоклетъчните карциноми с инфилтративен растеж. Лъчетерапията и лазерната терапия не са за препоръчване при малки лезии (меланоцитни и немеланоцитни) тъй като липсва хистология и максимална сигурност за пациента. При неадекватно дозиране при базоклетъчни тумори има риск от преминаване към метатипични форми на базалиом, които метастазират и са с лоша прогноза.

Адекватното клинично мислене, терапевтичен подход и хистологична верификация на диагнозата са особено важни при атипично разположени лезии без обективни данни, насочващи към неоплазмен процес.

Библиография

1. Jacob, A. Observations respecting an ulcer of peculiar character, which attacks the eyelids and other parts of the face. – Dublin Hospital Rep. Commun. Med. Surg., 4, 1827, 232-239.
2. Goldberg, L. H. Basal cell carcinoma. – Lancet, 347, 1996, 663-667.
3. de Giorgi, V. et al. Vulvar basal cell carcinoma: retrospective study and review of literature. – Gynecol. Oncol., 97, 2005, № 1, 192-194.
4. Russell, E. B., P. R. Carrington et B. R. Smoller. Basal cell carcinoma: a comparison of shave biopsy versus punch biopsy techniques in subtype diagnosis. – J. Am. Acad. Dermatol., 41, 1999, 69-71.
5. Sexton, M., D. B. Jones et M. E. Maloney. Histologic pattern analysis of basal cell carcinoma. – J. Am. Acad. Dermatol., 23, 1990, 1118-1126.
6. Hendrix, J. D. et H. L. Parlette. Micronodular basal cell carcinoma: a deceptive histologic subtype with frequent clinically undetected tumor extension. – Arch. Dermatol., 132, 1996, 295-298.

Постъпила за печат на 31 март 2011 г.